

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

APLICAÇÃO DE GELO NA FERIDA PERINEAL
NO PERÍODO PÓS-PARTO

APPLICATION OF ICE IN THE PERINEAL
WOUND IN THE POST-PARTUM PERIOD

Relatório de estágio

Estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Mariana Val da Silva

Porto, 2019

Aos meus pais e à minha irmã, por serem a base

Ao Renato, pelo amor e segurança

Aos meus amigos e restante família pelo apoio incondicional

AGRADECIMENTOS

Pela importância que este relatório teve no meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal resta-me apenas agradecer a todos quanto tiveram um papel neste percurso.

À Professora Doutora Marinha Carneiro pelo apoio e orientação.

A todos os professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que tiveram um papel importante na aquisição de conhecimentos, essenciais neste percurso.

A todos os tutores e equipas por onde passei ao longo do estágio (Centro Materno Infantil do Norte e Hospital CUF Porto) pela disponibilidade e transmissão de conhecimentos.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio e exemplo.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional e pretende descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo das três áreas de intervenção: Gravidez com complicações; Trabalho de parto e parto e Autocuidado no pós-parto e parentalidade.

Este documento reflete uma retrospeção do trabalho realizado e teve subjacente o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, bem como o Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Assim, são enfatizadas as áreas de intervenção que ao longo do Estágio de natureza profissional suscitaram maior análise, reflexão e envolvimento sobre o processo de cuidados especializados.

Apresenta-se, ainda, uma revisão integrativa da literatura sobre a temática: “Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto”. Ao longo do estágio profissionalizante verificou-se que a aplicação de gelo no períneo foi utilizada como estratégia de alívio da dor por alguns profissionais, embora a sua eficácia não estivesse bem estabelecida. A ausência de dor é em si mesma um ganho em saúde, no entanto, no período pós-parto, esta tem ainda maior importância, devido às consequências negativas associadas a este período, das quais são exemplo: menor vinculação ao recém-nascido; dificuldade na prestação de cuidados ao mesmo; e uma experiência menos positiva deste período por parte da puérpera/casal.

Após a realização da revisão da literatura pôde-se concluir que a aplicação de gelo no períneo, no período do pós-parto, é segura e eficaz como estratégia de alívio da dor, pois traduz uma diminuição da temperatura entre 10 a 15°C, sendo que estes são os valores necessários para se verificar o efeito analgésico. Conclui-se também, que a aplicação de gelo por 10 minutos foi suficiente para se produzirem os efeitos desejados, evitando-se assim consequências adversas associadas a esta prática (como a queimadura ou o adormecimento). Também se infere que a aplicação de gelo no períneo aliviou a dor até 2 horas, conforme

descrito. Assim, aplicação de gelo é uma intervenção autónoma dos enfermeiros que pode traduzir-se em conforto e autonomia para a puérpera.

Palavras-chave: Crioterapia; Puerpério; Gestão da dor; Períneo;

ABSTRACT

This report translates a retrospective look of the interventions executed during the internship to acquire the title of midwife. The internship contemplated three parts: pregnancy; labor and delivery; and post-partum.

Besides the description of the internship, it was elaborated an integrative review of literature. The chosen theme was: Application of ice in the perineal wound in the post-partum period. This theme was chosen because it was noticed during the internship that some midwives applied ice in the perineum as a strategy to ease the pain, but it wasn't a protocolized intervention and the efficacy of the intervention wasn't well established. The absence of pain is a positive outcome, and in the post-partum period is even more important because it as influence in the bonding with the newborn, facilitates caring for the new born, and as influence in the experience of this time.

After the elaboration of this review, it is possible to conclude that application of ice in the perineum is safe and effective, because it causes a decrease of 10 to 15°C of the temperature which are the necessary values to reflect analgesic effect. Only 10 minutes are necessary to produce this effect and avoid adverse effects such as burning and numbness. It is also possible to conclude that the analgesic effect can last up to 2 hours.

The application of ice to perineum is an independent intervention that the midwives can apply and can bring comfort to the women.

Keywords: Cryotherapy; Puerperium; Pain management; Perineum;

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP- American Pediatrics Association

ACOG- American College Of Obstetrics And Gynecologists

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

BCF- Batimentos Cardíacos Fetais

bpm- Batimentos Por Minuto

cm- Centímetro

CHP- Centro Hospitalar do Porto

CMIN- Centro Materno Infantil do Norte

CTG- Cardiotocografia

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ILCA- International Lactant Consultant Association

NICE- National Institute For Health And Care Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCEA- Patient Controlled Epidural Analgesia

RCIU- Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCT- Randomized Controlled Trial

TP- Trabalho de Parto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1- PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	23
1.1. Gravidez com complicações	23
1.2. Trabalho de Parto e Parto	30
1.3. Autocuidado no pós-parto e parentalidade	44
1.3.1. Revisão integrativa da literatura: aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto	59
1.3.1.1. Introdução do problema em estudo	60
1.3.1.2. Método	61
1.3.1.3. Resultados	62
1.3.1.4. Discussão	70
1.3.1.5. Conclusão	71
2- ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	73
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Bases de dados utilizadas e estratégia de pesquisa	62
Quadro 2- Artigos selecionados.	63
Quadro 3- Análise do artigo: Best practices in management of postpartum pain.	64
Quadro 4- Análise do artigo: Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial.	64
Quadro 5- Análise do artigo: Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature.	65
Quadro 6- Análise do artigo: Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial.	66
Quadro 7- Análise do artigo: Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi-experimental study.	67
Quadro 8- Análise do artigo: Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial.	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Resumo das experiências de estágio

74

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1- Resumo do processo de seleção dos artigos.

62

INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e foi concretizado com o intuito de cumprir o Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Assim, foi realizado um estágio de natureza profissional no ano letivo de 2017-2018 no Hospital CUF Porto e Centro Hospitalar do Porto-Centro Materno Infantil do Norte e simultaneamente a elaboração do presente relatório que compreende duas componentes: uma com a descrição, análise e reflexão sobre as intervenções implementadas e a outra de investigação.

O referido estágio é composto por 3 módulos diferentes: Gravidez com complicações; Trabalho de Parto e Parto; e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. A realização deste estágio visa que se adquiram os conhecimentos e competências necessários à realização das funções específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, e dos quais podem ser exemplo: o planeamento, execução e reflexão de intervenções autónomas e interdependentes no âmbito da gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto por forma a *“cuidar a mulher inserida na família e comunidade: (...) no período pré-natal com o intuito de potenciar a sua saúde, detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno fetal; (...) durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina; (...) durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.”* (OE, pp. 4-6, 2010).

Assim, a organização do documento apresenta-se de acordo com os módulos realizados, descrevendo-se conceitos, intervenções e reflexões realizadas ao longo dos referidos módulos, permitindo a correta exposição dos conhecimentos, baseados na evidência científica, para o desempenho da área específica de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Tendo em conta um dos objetivos previamente especificados é recomendada a utilização da evidência científica como ferramenta para o desenvolvimento da prática de enfermagem de

saúde materna e obstétrica. Neste sentido, elaborou-se uma revisão integrativa da literatura com a temática “Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto” utilizando o princípio da prática baseada na evidência.

Por fim, apresenta-se uma análise crítico-reflexiva, importante para a compreensão do contexto onde foi efetuado o estágio profissionalizante, as intervenções realizadas e as opções tomadas.

1- PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo serão abordadas as experiências vivenciadas ao longo dos módulos Gravidez com complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade, que permitiram a aquisição de competências para o exercício de funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), preconizadas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE)

O capítulo encontra-se organizado de acordo com a descrita ordem, para que se possa relacionar conteúdos e conceitos de uma forma mais coerente, apesar de os módulos não terem sido realizados cronologicamente por essa ordem.

1.1- Gravidez com complicações

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica elaborado pela OE (pp. 4, 2010), em concordância com a norma comunitária europeia transposta para direito interno, Lei n.º 9/2009 de 4 de março, alterada pela Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, normalizam as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Uma das competências específicas descritas é: *cuida a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal com o intuito de potenciar a sua saúde, detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno fetal.*

Pretende-se que mais especificamente o estudante dê resposta a unidades específicas da competência: *concebe, planeia e implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante à gravidez e coopera com outros profissionais no tratamento*

da mulher com complicações da gravidez ainda que com patologia e/ou patologia associada (OE, pp. 4, 2010).

Considerando-se o supracitado, no estágio profissionalizante recomenda-se que seja dada especial atenção à gravidez com complicações associadas. Por essa razão, preconiza-se que o estudante adquira competências no âmbito da gravidez com complicações, por forma a prestar cuidados especializados.

Este módulo foi realizado no Centro Hospitalar do Porto (CHP), mais especificamente numa das suas unidades, o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) na unidade materno-fetal. Esta unidade possibilita cuidados a todas as grávidas com patologia materno-fetal com necessidade de internamento e cuidados especializados.

Importa informar que fisicamente o serviço se encontra organizado em unidades com apenas uma cama ou duas, e com lotação para nove grávidas.

Em termos de motivo de internamento na unidade, verificaram-se inúmeras causas materno-fetais. Assim, foram prestados cuidados a utentes com diferentes patologias, das quais se pode dar como exemplo, as causas maternas: pré-eclâmpsia; diabetes gestacional não controlada; rutura prematura de membranas; Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT); falso início de trabalho de parto e colestase gravídica e as causas fetais: polihidrâmnios; oligoâmnios; Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU); taquicardia fetal; agenesia renal.

De todas as causas de internamento enumeradas, verificou-se que a patologia mais comum ao longo do módulo foi a APPT. De facto, fazendo uma análise do número de grávidas internadas na unidade e da sua causa de internamento, verificou-se que, de uma amostra de 80 grávidas, 30 foram internadas por APPT, o que perfaz uma percentagem de 36,3 % de internamentos relativa a esta patologia. Associado a isso, e de acordo com o relatório EURO-PERISTAT 2014, verifica-se que a taxa de partos pré-termo em Portugal é de 6,7 %. Este número tem vindo a aumentar, pois, em comparação com o ano de 2010 a taxa de partos pré-termo era de 6,6% e assim, comparando estas com o ano de 2014, constata-se um aumento de 0,9%, tendência que se verifica por toda a europa (EURO-PERISTAT, 2010). Reconhece-se que o parto pré-termo é causador de uma mortalidade neonatal de 75% (Sosa, 2015), sendo a principal causa de morte neste período, bem como traduz uma morbilidade muito elevada (Cubal, 2014).

Considerando-se o acima referido, entende-se que com a alta taxa de partos pré-termo também se verifica uma elevada taxa de APPT. Constatando-se estes dados, optou-se por se desenvolver esta problemática pelas suas implicações, em termos de mortalidade e morbilidade, pela tendência crescente quanto a esta patologia, mas também pela dificuldade que estas grávidas têm na vivência de uma gravidez com esta complicação.

Após esta análise, urge definir alguns conceitos para que melhor se possa entender esta problemática e quais as implicações para a prática de enfermagem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2017), a APPT define-se como a ocorrência de contrações regulares ou rutura de membranas, antes das 37 semanas de gestação e ocasionalmente discreto sangramento vaginal e dilatação e extinção do colo uterino. No entanto, muitas vezes esta definição surge um pouco mais simplificada e de acordo com Ross (2017), a APPT é a presença de contrações uterinas regulares que possam traduzir alterações cervicais. De acordo com o mesmo autor, pode-se concretizar esta definição com factos mais objetivos e mensuráveis e conclui-se que é necessário iniciar o regime terapêutico, quando existem mais de 6 contrações uterinas numa hora, concomitantemente ou não com o colo uterino com o comprimento inferior a 25 mm ou com a dilatação e/ou extinção do mesmo.

Quanto ao regime terapêutico para o tratamento desta patologia, variando de caso para caso, traduz-se na aplicação de progesterona por via vaginal (se o colo uterino for curto ou dilatado) (Ross, 2017; Graça, 2000; Goldenberg, 2002); corticoterapia para a indução da maturação pulmonar (se o feto tiver idade gestacional compreendida entre as 24 e 34 semanas de gestação) (Ross, 2017); tocolíse (se a presença de contrações uterinas ou alterações no colo uterino) (Graça, 2002); antibioterapia (se houver rutura de membranas ou evidência de infeção) (Graça, 2002); e por norma o repouso no leito (relativo ou absoluto) (Graça, 2000; Goldenberg, 2002); e a vigilância a nível cardiotocográfico, bem como de parâmetros vitais.

Tendo em conta esta abordagem, quais as implicações para a prática de enfermagem?

Algumas intervenções realizadas no âmbito deste módulo, foram resultantes de prescrição, nomeadamente a administração de medicação como: os tocolíticos ou corticosteróides e o repouso no leito; e outras no âmbito da vigilância, como por exemplo a monitorização de parâmetros vitais e a análise de traçados cardiotográficos. No entanto, com o decorrer do estágio verificou-se que as utentes referiam dificuldade em cumprir uma parte do regime terapêutico: o repouso no leito. De facto, várias utentes foram verbalizando algumas

preocupações e sentimentos relativamente ao repouso no leito: nomeadamente: *“Estou farta de estar aqui...”*, *“Só queria que isto acabasse ...”*, *“O meu filho nunca mais nasce ...”*, *“Nem consigo ver os meus outros filhos ...”*, *“Custa-me estar aqui deitada ...”*.

Apesar da escassez de evidência científica que justifique a prescrição de repouso no leito, quer seja absoluto ou relativo (Sosa, 2015), conclui-se que sendo frequentemente prescrita, esta cria inúmeros focos de atenção de enfermagem que implicam diagnósticos e intervenções autónomas.

A prescrição de repouso no leito pode ser de repouso absoluto, que se traduz pela permanência da grávida no leito com o mínimo de atividade física, durante 24 horas e em que nada é realizado fora do mesmo; ou repouso relativo, em que as grávidas não estando obrigatoriamente confinadas á cama (podendo por exemplo utilizar o WC para o autocuidado higiene, uso de sanitário ou alimentar-se) são aconselhadas a passar longos períodos no leito (Maloni, 2010; Sciscione 2010 in Silva Lopes et al, 2017) .

A evidência científica refere-nos várias consequências físicas para o estado de saúde da grávida, decorrentes do tempo passado no leito, nomeadamente a diminuição da força muscular e o maior risco tromboembólico (Bigelow, 2011). De acordo com o mesmo autor, a força muscular encontra-se diminuída, pelo desuso da musculatura e que fisiologicamente se justifica, devido à diminuição do tecido muscular, especialmente dos músculos gastrocnémios. Esta perda de tecido muscular inicia-se 6 horas após a grávida se encontrar restrita ao leito e é tanto mais grave quanto mais tempo a utente se mantiver no leito (Maloni, 2012).

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem: *“Força muscular diminuída”*, surgem intervenções autónomas de enfermagem nomeadamente: referenciar para outros profissionais (como Fisiatras e Fisioterapeutas); promover a realização autónoma de exercícios musculares ativos, como a mobilização dos membros inferiores e superiores e incentivar, sempre que possível, que a grávida se mobilize autonomamente.

Relativamente ao risco tromboembólico, este manifesta-se por duas razões, por um lado as alterações a nível da coagulação inerentes ao estado gravídico, traduzem uma maior probabilidade de fenómenos como as trombozes venosas profundas, por outro lado, a menor mobilização causa estase venosa, o que provoca ainda maior probabilidade de ocorrerem os ditos fenómenos tromboembólicos (Bigelow, 2011) e assim surge o diagnóstico de enfermagem *“Risco Tromboembólico”*. Este diagnóstico exige intervenções de enfermagem,

tais como: incentivar os exercícios de mobilização dos membros inferiores, explicando que deve realizar dorsiflexão e flexão plantar dos pés, a rotação da articulação tibio-társica, a flexão e extensão das pernas e a hiperextensão do joelho (Crum in Lowdermilk, 2009), reforçando-se a importância da realização dos mesmos. Também inerente a este diagnóstico surgem algumas atividades de vigilância, como avaliar o sinal de Homan e incentivar as grávidas a verbalizarem qualquer dor nos músculos gastrocnêmios, tórax ou dificuldade respiratória.

Com o repouso da grávida no leito, para além das intervenções já referidas, vários são os autocuidados que se encontram comprometidos, especialmente o “autocuidado uso do sanitário” e o “autocuidado higiene”, pelo que, quer fosse a prescrição de repouso absoluto, quer fosse de repouso relativo, implicou a intervenção nos autocuidados e a promoção da autonomia das utentes. Associado a isto, a questão de privacidade foi alvo de atenção. Quando houve prescrição de repouso absoluto no leito e consequente necessidade de todos os autocuidados serem aí realizados, considerou-se, se possível, que estas utentes permanecessem em enfermarias individuais e a gestão de camas fosse realizada de modo a promover, mais privacidade e intimidade e uma maior facilidade na realização destes autocuidados pelas grávidas.

Tal como explicado, muitos poderiam ser os diagnósticos associados à componente meramente física da grávida associados à APPT e decorrente do regime terapêutico, dos quais poderiam ser exemplo: a obstipação, o síndrome de desuso, a perda de peso e a dor. Mas, considerando-se as já referidas verbalizações das grávidas optou-se por analisar mais concretamente os diagnósticos de enfermagem associados às mesmas. Quando as utentes referiram dificuldade em cumprir o repouso no leito, bem como a preocupação inerente ao seu próprio estado de saúde e do feto pôde-se inferir o diagnóstico de “ansiedade” e que frequentemente foi manifestado pelas utentes relativamente: à menor perceção de movimentos fetais, devido à realização de corticoterapia; à perceção e atribuição de maior significado às contrações uterinas; à preocupação com o facto de o recém-nascido ter de eventualmente ser internado na unidade de neonatologia, após o nascimento e consequente preocupação com a taxa de mortalidade e morbilidade; à maior preocupação com os restantes filhos, quando estes existiam; à ambivalência quanto à gravidez (que se traduz no equilíbrio existente entre a aceitação e a rejeição da gravidez e os sentimentos e emoções a isso associados (Simas, 2013); à preocupação com o seu estado de saúde e estabilidade. Estas inquietações são exacerbadas com a prescrição de repouso no leito, pela maior dificuldade em aplicar as próprias estratégias de *coping*, pela diminuição da perceção de

autocontrolo e pela dificuldade em cumprir a própria prescrição. Barlow (2007), corrobora estas perceções recolhidas ao longo do módulo. No seu estudo refere que é frequente a presença de ansiedade em mulheres com diagnóstico de APPT, decorrente de falta de informação acerca do seu estado ou inconsistência da mesma, culpa quanto à situação, ambivalência quanto à gravidez e diminuição da sensação de autocontrolo.

Face ao diagnóstico referido anteriormente e às já descritas preocupações das grávidas, a evidência científica refere algumas das possíveis intervenções de enfermagem necessárias e que foram desenvolvidas ao longo do módulo. Neste sentido, realizou-se a intervenção escuta ativa, incentivou-se a verbalização de emoções, promoveu-se a partilha entre pares e o apoio da família, incitou-se o reconhecimento de estratégias de *coping*, explicou-se a situação clínica, dotou-se a grávida/casal de conhecimento, no sentido de a empoderar para aumentar a sensação de autocontrolo e, quando foi necessário, solicitou-se o apoio de outros profissionais da saúde (Barrow, 2007). Estas intervenções foram desenvolvidas com medidas como: explicou-se cada intervenção, alteração da terapêutica e a patologia, de forma adequada a cada grávida; incentivaram-se as utentes que partilhavam a mesma enfermaria a conversarem sobre as dificuldades percebidas; incentivaram-se as visitas e facilitaram-se as mesmas; auxiliaram-se a identificar quais as estratégias de *coping*; promoveram-se momentos de lazer; geriu-se o ambiente físico (luminosidade, ruído); promoveram-se algumas estratégias de relaxamento como: a musicoterapia ou a massagem, se adequado.

Quer o diagnóstico de APPT (e consequente internamento) quer o repouso no leito que daí decorre, influencia de alguma forma a adaptação à parentalidade e de todos quanto estão envolvidos na gravidez. Com a já descrita ambivalência materna relativamente à gravidez, a redefinição de papéis inerentes à transição para parentalidade (Colman e Colman 1994 cit por Leal 2005), pode encontrar-se comprometida, devido à patologia e a todos os processos inerentes de adaptação, quer à maternidade quer à paternidade.

Várias são as diferenças descritas na evidência científica quanto à vivência paterna e materna da gravidez (Canavarro, 2001), no entanto esta adaptação pode-se encontrar comprometida por ambos. Se por um lado a grávida, se encontra ambivalente, preocupada, internada, restrita ao leito e impossibilitada de desempenhar as tarefas de adaptação, o próprio pai pode sentir-se distante, afastado, vendo a relação conjugal ameaçada e também ansioso e com a sensação de perda de controlo, já natural da gravidez, agravada (Leal, 2005). Assim, a adaptação à parentalidade é algo que mereceu especial atenção, no que refere à APPT. Por isso, algumas intervenções foram desenvolvidas neste âmbito, por forma a envolver o casal

(sendo isto pretendido por ambos), nomeadamente: procurou-se incentivar a presença do pai em momentos importantes (como na realização das ecografias); procurando-se que a auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) ou a Cardiotocografia (CTG), fossem realizadas na sua presença; explicou-se a ambos alguns cuidados ao recém-nascido, quando adequado; incentivou-se o pai a desempenhar algumas tarefas práticas (compra do enxoval para o recém-nascido); incitou-se o pai a permanecer junto da mãe durante o período noturno, se esta se encontrasse numa enfermaria individual e incentivou-se o casal a reconhecer o momento de internamento, como uma oportunidade de fortalecimento da relação, do projeto em comum e de maior envolvimento paterno.

Conforme é possível concluir através desta análise, verifica-se que APPT é uma patologia que abrange várias dimensões da prática de enfermagem, não só pelo próprio diagnóstico em si e consequências para a gravidez, mas por todas as implicações que o seu regime terapêutico acarreta para as utentes.

Importa por isso refletir acerca desta temática e considerando-se a prática baseada na evidência, pode-se concluir que a prescrição de repouso no leito não é ainda consensual e que carece de evidência científica que justifique a sua intervenção. Uma revisão sistemática da Cochrane (Sosa, 2015), alerta para este facto. Embora frequentemente prescrito o repouso no leito, a sua eficácia é poucas vezes avaliada, pelo que é necessária mais investigação nesta área. Sentilles et al (2016) corroboram esta afirmação e vários autores vão mais além referindo que devido às descritas consequências negativas do repouso no leito este não deverá ser prescrito (Maloni, 2011; Bigelow 2011; Philipp, 2017). A conclusão mais consensual sugere a avaliação caso a caso, tendo sempre em conta que o repouso no leito não deve ser considerado como algo inócuo.

Ao longo do desenvolvimento do módulo e na busca de maior evidência científica, foi possível compreender a dificuldade na procura de informação sobre esta temática, pelo que se compreende que apesar da falta de evidência científica que justifique a prescrição de repouso no leito, esta continua a ser prescrita e pouco investigada.

Face a isto, e após ter refletido acerca das consequências que a APPT tem para a prática de enfermagem, podemos refletir de que forma a prática de enfermagem pode influenciar a APPT. Sabendo da dificuldade no cumprimento do repouso no leito da grávida e da necessidade de investigação nesta área, os enfermeiros devem procurar realizar investigação e contribuir para o melhor conhecimento científico em prol das grávidas. Sabendo também, que deve ser avaliado caso a caso a prescrição de repouso no leito, conforme nos é descrito

na literatura, como profissionais com possibilidade privilegiada de contacto com as grávidas, pode-se inferir a crucial importância destes profissionais na equipa interdisciplinar e advogar, o que fará mais sentido tendo em conta a utente.

Por fim, conclui-se que muito pode ainda ser desenvolvido quanto a esta temática pelo peso e importância que tem para o sistema de saúde, casais grávidos e profissionais e conforme se pode compreender após a apresentação deste módulo, que tanto envolve a prática de enfermagem nomeadamente a saúde materna e obstétrica.

1.2- Trabalho de Parto e Parto

Relativamente ao módulo “Trabalho de Parto e parto”, o Regulamento de Competências Específicas do EESMO, OE, pp. 5, 2010 expõe-nos que o EESMO *“cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”*. Daqui se interpreta que o EESMO *“promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (...) diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (...) e providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e /ou trabalho de parto*

Assim, importa em primeira instância definirem-se conceitos. Pode-se entender como Trabalho de Parto (TP), o período entre o início das contrações uterinas, e, decorrente das mesmas, dilatação e extinção do colo uterino terminando com o nascimento do recém-nascido e a expulsão da placenta (Lowdermilk, 2009; Milton, 2017). O TP encontra-se subdividido em primeiro, segundo, terceiro e quarto estadio de TP (Beckmann et al, 2010).

De acordo com a OMS (2017), o primeiro estadio compreende todo o processo de dilatação e extinção do colo uterino, associado às contrações uterinas que inicialmente são irregulares (em intensidade, duração e frequência) e progridem para a regularidade. Este encontra-se subdividido em fase latente: em que as contrações uterinas podem-se verificar irregulares e o colo uterino encontra-se pouco extinto e a dilatação é inferior a 4 cm (centímetro); e fase

ativa: em que as contrações uterinas são regulares, o colo uterino está mais extinto, a dilatação encontra-se entre 4 e 9 cm de dilatação e o feto inicia o processo de descida através do canal de parto.

O segundo estadio de TP é também intitulado de período expulsivo. Inicialmente a dilatação encontra-se completa (10 cm), as contrações uterinas são regulares e o feto continua a descida (fase inicial), até se verificar a necessidade da parturiente iniciar os esforços expulsivos, levando ao nascimento do feto (fase tardia) (Beckmann et al, 2010).

O terceiro estadio decorre desde a expulsão do feto até a expulsão total da placenta (dequitação) (Beckmann et al, 2010).

Alguns autores consideram um quarto estadio, que compreende a primeira ou as primeiras duas horas que decorrem após a expulsão da placenta (Montenegro e Rezende filho, 2008; Beckmann et al, 2010)). Todos estes momentos serão abordados posteriormente ao longo da descrição do módulo. Este foi realizado no âmbito do estágio profissionalizante no CHP - CMIN, na unidade de núcleo de partos.

Este serviço encontra-se organizado estruturalmente em diversas áreas, sendo a urgência de ginecologia/obstetrícia uma delas. Todas as mulheres com alguma queixa do foro ginecológico ou obstétrico são aqui inicialmente avaliadas e posteriormente encaminhadas para o serviço respetivo. A nível obstétrico verificou-se que as utentes recorreram à urgência para confirmarem se estariam em TP (com queixas sugestivas de contração uterina), diminuição da perceção de movimentos fetais, metrorragia ou então sintomatologia associada a algumas das patologias previamente descritas ao longo do módulo de gravidez com complicações. Estas utentes poderiam depois ser encaminhadas para o domicílio, outros serviços, ou manterem-se no núcleo de partos. Estando em início de TP, ficam alocadas a outra área presente no núcleo de partos: as expectantes, e posteriormente, quando se encontram em TP ativo poderiam ser transferidas para os quartos individuais. As utentes permanecem neste local, durante o restante TP, incluindo o quarto estadio de TP, até serem transferidas para o puerpério.

Para além de serem encaminhadas para o núcleo de partos a partir da urgência, as utentes eram também transferidas da unidade de cuidados especiais, quando se verificava a indicação para interromper a gravidez ou o seu estado se agravava, ou então, existir indicação médica para se realizar a indução do TP e aí serem alocadas na mesma área das expectantes, na indução.

Este módulo, estrutura-se tendo por base a progressão do TP da mulher, ressaltando todas as experiências desenvolvidas ao longo do módulo.

Quando se experienciou turnos na urgência, após realizada uma primeira avaliação da utente, verificou-se a necessidade de se executarem atividades de vigilância, nomeadamente a avaliação de parâmetros vitais e a execução de CTG. Conforme a razão pela qual as mulheres recorressem às urgências poder-se-ia efetuar a colheita de análises e após a avaliação do CTG e as características do colo uterino, e após comunicação com a equipe médica, esta poderia optar por internar a mulher.

De acordo com as definições previamente estabelecidas, o internamento da parturiente deveria ser apenas realizado quando se verificasse a fase ativa de TP (OMS, 2018, Funai, 2018; American College Of Obstetrics And Gynecologists (ACOG), 2017). De facto, verificando-se o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2017) o internamento poderia ser protelado até a dilatação cervical se encontrar com 5 cm, de acordo com as novas orientações da OMS (2018). Conforme estabelecido pela OMS (2018) e de acordo com os seus novos estudos, é a partir desta dilatação que deverá ser considerado o TP ativo, ao invés dos previamente estabelecidos 4 cm, pois é a partir desse momento que se verifica a rápida evolução do TP.

O internamento durante a fase latente de TP está associado a maior duração deste (Satin, 2018). No entanto, por vezes verifica-se esta necessidade, pois de acordo com Milton (2017) na fase latente de TP as contrações uterinas inicialmente são suaves e irregulares que progridem para contrações rítmicas e mais intensas. A presença de contrações uterinas pode ser tradutora de dor e desconforto, sendo necessário adequar os cuidados a cada parturiente especificamente. Por essa razão, o estabelecimento de fase latente ou fase ativa de TP é algo francamente subjetivo que afeta a decisão de internamento ou não.

A tomada de decisão, acerca do internamento, é influenciada por diversos fatores tais como: o estado psicológico da parturiente, a fadiga, a paridade, a dilatação e extinção do colo uterino, as patologias associadas, a distância do hospital e o estado fetal (Satin, 2018). Apesar do conhecimento de que, o internamento da utente numa fase precoce do TP, pode aumentar a probabilidade de maior intervenção médica durante o mesmo (Bailit 2005; Hemminki 1986; Holmes 2001; Klein 2004; Petersen 2013; Rahnema 2006 in Kobayashi 2017), o não internamento pode traduzir para algumas mulheres a sensação de abandono e ansiedade (Barnett 2008 in Kobayashi 2017). Tendo por base este conhecimento, foi possível verificar ao longo do módulo que quando as parturientes recorriam ao serviço de urgência

com queixas sugestivas de contrações uterinas e as apresentavam no CTG, e se verificava o encurtamento e amolecimento do colo uterino (mesmo não se encontrando em fase ativa de TP) estas, por vezes, ficavam internadas nas expectantes. Ficavam alocadas neste local pois é recomendado que as mulheres em fase latente de TP tenham a possibilidade de ficarem internadas num local onde lhes possa ser oferecido apoio e a possibilidade de descansar, antes de serem transferidas para o local onde vão parir (ACOG, 2017).

Estando a utente em fase latente de TP, muitos foram os focos de atenção identificados e que justificaram as intervenções. A fase latente de TP pode ser longa e fisicamente e emocionalmente exigente para a mulher/casal (Satin, 2018), tendo sido executadas intervenções que deram enfoque: no conforto, na educação, na hidratação oral e no apoio (ACOG, 2017). Assim, as parturientes eram incentivadas e instruídas a adotarem estratégias promotoras de conforto e não farmacológicas de alívio da dor. São exemplo dessas intervenções: a deambulação (que tinham a oportunidade de a realizar no serviço), a realização de básculas utilizando ou não a bola de pilates, disponível no serviço, a massagem de relaxamento, e outras estratégias que para cada parturiente pudessem ser adequadas, e tais como: a musicoterapia. Foi sugerido às parturientes que intercalassem períodos de atividade com períodos de descanso. Neste período foram também incentivadas a hidratarem-se e alimentarem-se, conforme a indicação médica, e de acordo com os recursos disponíveis no serviço.

A presença do acompanhante, neste período, verificou-se ser crucial, sendo um elemento importante para o apoio necessário à estabilidade emocional da puérpera, e muitas vezes auxiliador nas medidas de conforto previamente referidas.

A realização de CTG, neste período, efetuou-se de forma intermitente. Conforme a dor percebida pela parturiente e a vontade das mesmas, administrou-se medicação analgésica por via parentérica, de acordo com a prescrição médica (Satin, 2018). A realização do exame vaginal apenas se efetuou quando se verificava alguma alteração na parturiente ou no feto, tais como: aumento da dor, rutura de membranas, ou estado fetal não tranquilizador; ou então de 4 em 4 horas (OMS, 2017). Estas intervenções traduzem a promoção do parto normal, conforme estipuladas e estabelecidas pela OE e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012, pp. 23) que preconizam:

“informar e envolver a mulher nas decisões acerca do seu próprio cuidado e do bebé, em linguagem clara e acessível, possibilitando decisões esclarecidas (...) facilitar o apoio contínuo durante o trabalho de parto por o acompanhante (...) promover a individualização (...) de

cuidados à mãe e ao bebê (...) facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor (...) respeitar o ritmo de trabalho de parto (...) apoiar a liberdade de movimentos (...) evitar por rotina (...) exames vaginais repetitivos (...) restrição de alimentos e líquidos (...) confinamento à cama (...) controle farmacológico da dor (...) aceleração do trabalho de parto (...)”

O excerto supracitado traduz o que foi realizado ao longo do módulo e pautou as intervenções executadas.

Muitas das intervenções descritas foram também realizadas, quando a mulher foi submetida a indução de TP. Esta traduz-se na realização de intervenções que artificialmente estimulem o início do de TP (Alfirevic et al, 2016) e de acordo com a definição de OMS, este é já considerado um TP e parto de alto risco. Muitas das intervenções na indução de TP são semelhantes às realizadas na fase latente de TP, bem como o local onde as parturientes permanecem, e a avaliação de TP. A indução de TP pode ser prescrita por diversas razões, tendo sempre por base o princípio de que o término da gravidez, traduz maior custo-benefício para a mãe e/ou feto (Queensland Clinical Guidelines, 2017). Verificaram-se várias razões, ao longo do módulo, para a realização de indução do TP das quais são exemplo: a pré-eclâmpsia, a colestase gravídica, a RCIU, a patologia materno-fetal, a diabetes gestacional e a idade gestacional superior a 41 semanas (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2013).

O método de indução foi variável, conforme prescrição médica. Habitualmente é realizado um de três métodos de indução: dinoprostona por via vaginal; misoprostol por via vaginal/oral; ou ocitocina endovenosa. Os diferentes métodos de indução, traduzem diferentes implicações para a prática de enfermagem. Habitualmente a indução de TP tem impacto na percepção do parto por parte da mulher, por traduzir mais dor que o TP espontâneo e habitualmente ser também menos eficaz (National Institute For Health And Care Excellence (NICE), 2014) implicando mais tempo em TP, e, tendo este conhecimento, o já referido apoio emocional e estratégias de conforto e a educação ganharam ainda mais relevância. Para além disso, o método escolhido para a indução do TP pode traduzir mais capacidade de adotar estas medidas. A indução do TP com dinoprostona ou com o misoprostol (verificando-se o bem-estar materno fetal e estando na fase latente de TP) permitem a monitorização intermitente e a deambulação. A indução do TP com a ocitocina, pela necessidade de ser administrada por via endovenosa dificulta o estabelecimento destas estratégias não farmacológicas.

Conforme a evolução de TP (seja espontâneo ou induzido), houve a necessidade de adequar as intervenções, no sentido de dar resposta às necessidades das parturientes. A evolução do primeiro estadio de TP, da fase latente de TP (previamente abordada) para fase ativa de TP, traduz contrações uterinas regulares e maior extinção e dilatação do colo uterino (OMS, 2017). Por consequência foi frequente a verbalização de maiores queixas álgicas por parte das utentes. Como já referido, sendo difícil estabelecer o limite em termos de dilatação e extinção do colo uterino, no sentido de precisar a transição entre a fase ativa e a fase latente de TP, a sintomatologia referida em conjugação com a avaliação do colo uterino, poder-se-ia considerar pertinente que a parturiente fosse transferida para uma sala de parto. Neste local, poderia ser colocado o cateter epidural, conforme a vontade da parturiente, ou realizar as já referidas estratégias não farmacológicas, quando a colocação do cateter epidural não foi a vontade da parturiente. A fase ativa de TP está associada a maior rapidez na dilatação cervical até à dilatação completa. Neste período, de acordo com as orientações da OMS (2017), a dilatação cervical deve evoluir cerca de 1 cm por hora. Verificou-se que, com a colocação do cateter epidural a capacidade da parturiente em se mobilizar diminui consideravelmente, conforme o regime analgésico instituído. Frequentemente era instituído o regime de PCEA (Pacient Controlled Epidural Analgesia), em que as parturientes mantinham a analgesia por via epidural continuamente, podendo realizar um bólus de medicação quando sentissem dor, dentro dos limites e timings previamente estabelecidos. O método utilizado, de acordo com a evidência científica, tem bons resultados a nível de alívio da dor (Halpern e Carvalho, 2009). Efetivamente, a percepção ao longo do módulo corrobora o que a evidência científica traduz: as parturientes referiram grande alívio da dor após a colocação do cateter epidural e a instituição da PCEA. Apesar da vantagem do alívio da dor e que vai ao encontro das guidelines da OMS (2018), verificou-se uma desvantagem com a utilização da PCEA: a capacidade motora e sensitiva ficou comprometida. Assim, as parturientes apesar de não terem dor, não conseguiam frequentemente deambular, sentar-se, ou utilizar a bola de pilates, entre outras posições.

De acordo com Lawrence et al (2014), a posição deitada exclusiva, pode traduzir duas consequências negativas: aumentar a duração do primeiro estadio do trabalho de parto e afetar psicologicamente a parturiente (Abitbol 1985; Huovinen 1979; Marx 1982; Roberts 1989; Rooks 1999; Walsh 2000 em Lawrence 2014). O mesmo estudo conclui que, respeitando a vontade da parturiente, deve ser incentivada a evitar longos períodos deitada. Esta informação pode ter importância redobrada quando adequamos esta ao local onde o módulo foi realizado. O CHP-CMIN, é uma unidade terciária onde se pôde verificar que uma

grande parte das parturientes seguidas apresentavam algum fator de risco. De referir ainda que, do total de 69 partos executados e assistidos, 10 foram resultantes de indução de TP. Assim, sabendo que com a indução de TP os timings de TP aumentam, verificou-se que as mulheres podiam permanecer no núcleo de partos muitas horas, e com isto, a possibilidade de se mobilizarem pode traduzir importância acrescida pelos efeitos psicológicos positivos e pela diminuição do tempo de TP. No entanto, muitas vezes associada a isso verificava-se a necessidade de monitorização contínua (por patologia materno-fetal), ou a instituição de medicação (como por exemplo perfusão de insulina), o que dificultava ainda mais a mobilização.

Assim, foi avaliado caso a caso, conforme a vontade da parturiente e o seu estado clínico, que medidas poderiam ser instituídas: se por um lado, se encontravam anestesiadas e com vontade de se mobilizar, esta questão era gerida em conjunto com o anestesista; se se verificava muita dor mesmo sendo instituída a PCEA, outras medidas não farmacológicas ou farmacológicas foram estabelecidas; se se observava a exaustão materna e não havendo possibilidade da mesma se mobilizar, era realizada a escuta ativa, a massagem de relaxamento, e incentivado o apoio do acompanhante e explicada a situação, tentando dar enfoque na relação terapêutica. Tudo isto foi realizado tendo por base as orientações da OMS para uma experiência de parto positiva.

A CTG é a auscultação da frequência cardíaca do feto, através de uma sonda, para um registo eletrónico ou em papel e pode ser realizada de forma intermitente (conforme descrito na fase latente de TP) ou contínua (Zalfrevic et al, 2013). Nesta fase, e tendo em conta a já referida taxa de patologia materno fetal, a realização e a interpretação dos traçados cardiotocográficos, traduziu ainda mais importância pela sua direta relação com a perceção dos profissionais de saúde do bem-estar fetal. A interpretação do CTG tem elevada importância para a prática de enfermagem, pois para além de traduzir a informação acerca do bem-estar fetal, pode também traduzir a necessidade de maior vigilância, colaboração com outros profissionais ou sugerir dados importantes acerca do estado fetal.

As novas orientações da Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) fornecem algumas indicações, acerca do padrão da normalidade, das quais o estabelecimento da linha de base entre o valor 110 bpm (batimentos por minutos) e o valor 160 bpm é o normal. É considerado taquicardia fetal, quando em fetos de termo este valor se encontra 10 minutos acima do valor 160 bpm, e bradicardia quando se encontra 10 minutos abaixo de 110 bpm. Outro conceito importante é o de variabilidade, que traduz a

variação da frequência cardíaca fetal e que pode ser normal (quando a variação tem uma amplitude entre 5 a 25 bpm) ou reduzida (quando a variação tem uma amplitude inferior a 5 bpm durante mais de 50 minutos). A linha de base permite em subsequência, inferir sobre a presença de acelerações e desacelerações: acelerações verificam-se quando a frequência cardíaca fetal se eleva acima do valor de linha de base mais que 15 bpm durante mais de 15 segundos mas menos que 10 minutos, estão frequentemente associados a movimentos fetais e podem auxiliar a traduzir boa reatividade e bem estar fetal; desacelerações verificam-se quando a frequência cardíaca fetal desce em comparação ao valor da linha de base mais que 15 bpm durante mais de 15 segundos mas menos que 10 minutos. As desacelerações são ainda apresentadas em quatro categorias: precoces, variáveis, tardias ou prolongadas e conforme a sua classificação podem traduzir maior ou menos gravidade. Uma desaceleração precoce verifica-se quando a desaceleração ocorre no pico da contração. Uma desaceleração variável verifica-se quando o decréscimo da frequência cardíaca ocorre de uma forma rápida, bem como a sua recuperação, traduzindo uma desaceleração em forma de V e que apresenta boa variabilidade. As desacelerações tardias têm habitualmente formato em U, baixa variabilidade e ocorrem após a contração uterina. Uma desaceleração prolongada dura mais que 3 minutos. Com todos estes fatores, é possível classificar os traçados cardiotocográficos em normais, suspeitos ou patológicos e, que face a isso, alterar as intervenções de enfermagem necessárias de executar. Um traçado normal, apresenta uma linha de base entre 110 bpm-160 bpm, variabilidade normal, ausência de desacelerações ou quando estas se encontram presentes não são repetitivas (não se encontram presentes em mais de 50% das contrações). Um traçado patológico, apresenta uma linha de base inferior a 100 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada, presença de desacelerações repetitivas, tardias ou prolongadas durante mais de 30 minutos (ou 20 minutos associado a baixa variabilidade) ou uma desaceleração prolongada superior 5 minutos. Num traçado suspeito está ausente pelo menos um dos parâmetros que traduz a normalidade, mas não se verifica nenhum dos parâmetros patológicos (Ayres de Campos et al, 2015).

A correta interpretação de traçados cardiotocográficos, conforme referido, está diretamente relacionado com mortalidade e morbilidade neonatal, pois um traçado patológico está correlacionado com o stress fetal (OMS, 2007) e fenómenos que causem diminuição da oxigenação fetal (Beckmann et al, 2010) Assim, tendo por base o local onde foi realizado o módulo e a já predisposição para fenómenos hipóxicos fetais em parturientes de alto risco (Rani e Sharma, 2014) a correta avaliação e interpretação dos traçados, foi crucial ao longo do módulo, pois sendo o EESMO o profissional que se encontra em primeira linha na sala de

partos na observação dos traçados, a sua correta intervenção traduz consequências efetivas para a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal. Foi exemplo disso, a necessidade de atuação quando ocorreram desacelerações prolongadas. Nesta situação, solicitou-se o apoio médico, foram incentivadas posições de decúbito alternadas, na tentativa de na possibilidade de a desaceleração estar a ocorrer por compressão do cordão umbilical este pudesse ser libertado, bem como suspensão a ocitocina, quando esta se encontrava presente, fornecido oxigénio, e realizado o exame vaginal para compreender o estado da dilatação cervical e, assim compreender se esta ocorreu, devido a progressão da apresentação fetal e auxiliar na tomada de decisões inerentes à presença de traçado não tranquilizador (OMS, 2007).

Um traçado patológico ou suspeito pode justificar outras intervenções, nomeadamente a realização de amniotomia para recolher mais informação acerca do bem-estar fetal. A presença de líquido meconial, pode traduzir stress fetal (Beckmann et al, 2010). Por outro lado, o odor do líquido amniótico pode traduzir infeção como corioamnionite e líquido amniótico hemático, traduzir descolamento de placenta. Estas informações, adicionadas aos dados recolhidos através da anamnese da história clínica da parturiente, os parâmetros vitais e a observação do traçado, foram cruciais para a tomada de decisão. Para a realização da amniotomia alguns critérios foram cumpridos tais como: a apresentação se encontrar no 3.º plano de Hodge e a dilatação do colo uterino superior a 3 a 4 cm, de maneira a que a realização desta intervenção não fosse causadora de outras complicações como o prolapso do cordão.

Após a exploração de algumas das intervenções realizadas ao longo da primeira fase de TP, urge abordar a temática do segundo estadio de TP e as intervenções que foram executados ao longo do módulo, tendo por base esta temática.

O segundo estadio de TP pode ser também intitulado de período expulsivo, e decorre desde o momento em que a dilatação se encontra completa até ao nascimento do recém-nascido. Pode ter a duração de 3 horas em nulíparas e 2 horas em múltíparas (OMS, 2017).

Aquando da dilatação completa, e existindo o reflexo de Ferguson (que se traduz na vontade espontânea de realizar esforços expulsivos (Bosomworth e Bettany-Saltikov 2006 in Hamilton, 2016) pôde-se incentivar a cliente a realizá-los e assim auxiliar a progressão do feto no canal de parto. Esta progressão implica vários passos que levaram a vigilâncias ao longo do módulo. Sendo a associação entre os esforços expulsivos maternos e os movimentos fetais que resultam no nascimento do recém-nascido, foi importante, na

ausência deste reflexo que se incentivasse a parturiente a realizar o puxo dirigido, isto é, a manobra de Valsalva, que se traduz na sustentação da respiração exercendo o puxo com a glote fechada (Hamilton, 2016). Por vezes, este momento demonstrou-se ser de extrema exigência para a parturiente, sendo ainda mais essencial a comunicação efetiva e o apoio do familiar significativo. Considerando este conhecimento, frequentemente se orientou a parturiente para o repouso, após a dilatação se encontrar completa, tendo sido incentivada a realizar esforços expulsivos, apenas quando sentisse essa vontade (presença de reflexo de Ferguson). O repouso foi ainda de maior importância nas parturientes com analgesia por via epidural, pois, na ausência do reflexo, um período de pausa antes de realizarem os esforços expulsivos, permitiu que o feto fizesse a descida passiva pelo canal de parto, e conservando assim as energias da parturiente, preveniu-se a sua exaustão melhorando resultados obstétricos (ACOG, 2017). Após este período de descanso, incentivaram-se os esforços expulsivos (espontâneos ou dirigidos) e implementaram-se algumas estratégias tais como: a colocação de música escolhidas pela mulher, a colaboração do acompanhante (molhando os lábios ou a face, incentivando ou massajando), alternância de posicionamento (mais sentada, lateralizada, posição ginecológica).

Todos os movimentos realizados pelo feto têm como intuito que este ultrapasse o canal de parto, utilizando os menores diâmetros possíveis. Inicialmente o feto deve realizar o encravamento, onde a sua cabeça fletida (apresentando o menor diâmetro possível) se localiza nas espinhas isquiáticas, ou de acordo com os planos de Hodge, no terceiro plano. De seguida o feto realiza a flexão do mento em direção ao tórax para que assim possa progredir no canal de parto, realizando a descida que é intermitente, conforme as contrações uterinas (Ross, 2017). Posteriormente é expectável que realize a rotação interna. Este passo é de extrema importância e está intrinsecamente associado à variedade do feto. Habitualmente, este realiza a rotação da posição transversa para antero-posterior e assim a sua expulsão é realizada em occipito púbica, posição mais favorável ao parto eutócico. Por conseguinte com a maior descida do feto, e a pressão da sínfise púbica realiza-se novamente a flexão à medida que o feto progride nos planos de Hodge e se apresenta no quarto plano (à vulva). Após isso expulsa-se a cabeça e ocorre a restituição/rotação externa em que o feto adota o posicionamento dentro do útero materno, colocando os ombros transversos em função da sínfise púbica (Beckmann et al, 2010). Ao longo dos movimentos cardinais que o feto realiza ao longo do canal parto, foram executadas algumas intervenções, no sentido de auxiliar o processo, diminuir o número de episiotomias e lacerações, e prevenir eventuais complicações. Assim, várias vigilâncias e intervenções foram realizadas neste estadió.

Primordialmente, tanto o bem-estar fetal como materno foi avaliado. Através da avaliação do traçado cardiotocográfico, inferiu-se os padrões na normalidade e quando se verificou a necessidade de solicitar o apoio de outros profissionais, nomeadamente na presença de desacelerações prolongadas, para que o período expulsivo pudesse ser encurtado através da instrumentação do parto (OMS, 2007). Também a variedade foi um parâmetro avaliado. Conforme referido, a posição ideal para o nascimento por parto eutócico será o occipito púbico. Realizando os já descritos movimentos cardinais, é expectável que o recém-nascido realize rotação ao longo do canal de parto e assim, a sua variedade permita o nascimento em occipito púbico. Ainda assim, verificou-se por vezes que a apresentação do mesmo não se verifica em occipito púbico, pelo que decorreu um parto instrumentado. A instrumentação do parto, para além do motivo da variedade fetal, ocorreu por macrosomia fetal, incompatibilidade feto-pélvica, ou segundo estadio com duração superior a 2 horas (sem analgesia por via epidural) ou 3 horas com analgesia epidural (OMS, 2007; Beckmann et al, 2010). Relativamente a esta temática é de referir a realização de um parto com apresentação em occipito sagrada. Ao contrário dos movimentos cardinais realizados pelo feto a rotação não se realizou no sentido occipito púbico, mas occipito sagrada, em que o occipito se encontra em direção à região sagrada. Verificou-se assim a necessidade de adequar as intervenções ao posicionamento do feto. Verificou-se que o tempo de descida da apresentação fetal, comparativamente às outras dos partos em occipito púbico foi mais demorado.

Para além do bem-estar fetal, também o bem-estar materno se avaliou. Verificou-se como sendo algo mais difícil de objetivar. Frequentemente as queixas aumentavam neste período, fisiologicamente justificável, pela presença de um intervalo mais curto entre contrações uterinas e o aumento da pressão na região perineal, devido ao posicionamento do feto, neste estadio de TP.

Na presença de cateter epidural foi solicitada a colaboração por parte da equipa de anestesia para que se pudesse melhorar o nível de dor percebida. Por outro lado, com a presença de analgesia por via epidural, por vezes, verificava-se que as parturientes se encontravam com os membros inferiores com pouca ou nenhuma mobilidade, pelo que havia a necessidade de se reduzir a perfusão e assim recuperar a sensibilidade, para que os esforços expulsivos se tornassem mais eficazes, na tentativa de se verificar o já descrito reflexo de Ferguson, e se executar as intervenções previamente referidas quanto a este momento.

O TP é um processo fisiológico e as respetivas intervenções e vigilâncias foram realizadas ao longo do segundo estadio no sentido de prevenir complicações ou auxiliar o seu percurso. Um exemplo dessa intervenção foi a realização da manobra de Ritgen. Esta manobra consiste no auxílio ao desencravamento dos parietais do feto ao mesmo tempo que este realiza pressão na região perineal. Isto permite que a cabeça fetal seja expulsa de forma menos abrupta, evitando eventuais lesões perineais (como lacerações de 3.º ou 4.º grau) bem como a prática da episiotomia, e seja mais fácil a realização da extensão da cabeça fetal (Beckmann et al, 2010). Após esta manobra foi sempre realizada a pesquisa de circulares do cordão umbilical. Isto consiste na colocação de dedos na região cervical do feto para compreender se o cordão umbilical se encontrava presente podendo causar dificuldade na descida da apresentação fetal e fenómenos hipóxicos. Dois tipos de circulares verificaram-se: circulares largas, em que era possível alargá-las e colocá-las posteriores à apresentação e circulares apertadas que implicaram a realização de laqueação prévia do cordão umbilical. A laqueação prévia, consiste no corte do cordão umbilical, antes da expulsão total do feto, e levaram à vigilância do recém-nascido após o nascimento pela menor perfusão a que o mesmo se encontrou sujeito (OMS, 2007).

A prática de episiotomia, quando se verificou essa necessidade, foi realizada também durante este período. De acordo com a OMS (2018), a episiotomia não deve ser realizada por rotina. Esta comparativamente a lacerações de 1.º ou 2.º grau pode traduzir-se em mais complicações (Carroli e Mignini, 2012). Por esta razão, estipularam-se critérios bem definidos para a sua realização, tais como: a grande probabilidade de laceração de 3.º e 4.º grau com a presença de tecidos friáveis ou cicatrizados.

Ao longo do módulo apenas se executaram 10 episiotomias. Quanto à técnica utilizada, quando o feto se encontrava a coroar, colocaram-se dois dedos entre a apresentação fetal e o períneo (Lowdermilk, 2009) e foi realizado o corte desde a fúrcula até à tuberosidade isquiática.

As lacerações perineais são classificadas conforme as estruturas que se encontram envolvidas. Numa laceração de 1.º grau apenas se encontra seccionada a pele e a mucosa, enquanto que numa laceração de 2.º grau encontra-se presente para além da mucosa também camada muscular (Jiang et al, 2017). A principal vantagem associada às lacerações ao invés da episiotomia, encontra-se no facto de os tecidos lacerados habitualmente se localizarem na região mediana do períneo, que é principalmente constituído por tecido conjuntivo o que facilita a cicatrização e se traduz em menor dor no pós-parto.

De uma forma geral, ao longo do módulo as lacerações presentes verificaram-se ser de 1º ou 2º grau, devido à já referida proteção do períneo e à manobra de Ritgen. No entanto, por vezes, verificou-se maior extensão em termos de comprimento nas lacerações de 1º ou 2º grau ou presença de mais que uma laceração no mesmo períneo. Estes acontecimentos foram condicionados por diversos fatores ao longo do parto, tais como: maior perímetro cefálico, maior fragilidade cutânea ou laterocedência da mão. Nesta última situação referida ao invés do feto apresentar os membros superiores ao longo do corpo, um dos membros superiores encontra-se perto da apresentação fetal.

Após a expulsão da cabeça, o feto continua a executar os já descritos movimentos cardinais, pelo que após isso dá-se a expulsão total do feto, e o nascimento.

Após o nascimento, a mulher entra no chamado terceiro estadio de TP que será subsequentemente analisado após a explanação dos cuidados imediatos ao recém-nascido. Este período deve ser interpretado como a transição do recém-nascido para a vida extra-uterina e é particularmente importante tendo em conta as adaptações a que este se encontra sujeito, nestes primeiros momentos. Logo após o nascimento, foi avaliado o índice de APGAR ao 1.º, 5.º e 10.º minuto. O índice de APGAR permite avaliar 5 parâmetros (cor, frequência cardíaca, respiração, reflexos e tonicidade) que traduz de uma forma rápida o estado do recém-nascido, após o nascimento e consequente adaptação à vida extra-uterina (American Pediatrics Association (AAP) e ACOG), 2015). Após o corte do cordão umbilical, foram estabelecidas as chamadas medidas de apoio à transição à vida extrauterina, procedendo-se a discreta estimulação do dorso do recém-nascido, incentivando o seu choro e consequente limpeza de sangue, mecónio e líquido amniótico, e após este se verificar e as condições maternas e neonatais presentes, foi incentivado o contacto pele com pele com a mãe que se preconiza que seja de 1 hora. Por vezes este período de tempo não se verificou, mas tentou-se manter o recém-nascido em contacto com a mãe o máximo de tempo possível. Neste período, verificando-se essa possibilidade, antes da 1.ª hora vida, o recém-nascido foi amamentado, conforme as indicações da OMS. Também neste período, foi aplicada pomada oftálmica como prevenção das conjuntivites (oxitetraciclina) e a vitamina K intramuscular como prevenção das hemorragias neonatais.

Posteriormente, procedeu-se à recolha dos dados biométricos do recém-nascido (comprimento, peso e perímetro cefálico), colocação de pulseira anti-rapto e a identificação do recém-nascido através de pulseira, confirmando os dados com a mãe (AAP e ACOG, 2012).

O chamado 3.º estadio de TP, traduz-se pela realização da dequitação, isto é, pela expulsão da placenta. Estão descritas duas técnicas relativamente à realização do dequite uma atitude ativa e outra passiva. A principal diferença entre ambas, prende-se com as intervenções realizadas. Enquanto que na atitude passiva os uterotónicos são suspensos e aguardava-se que espontaneamente se realizasse o dequite, na atitude ativa são utilizados uterotónicos e a massagem uterina, para que a dequitação decorresse de uma forma mais rápida, realizando-se a tração controlada do cordão, quando a placenta se encontrava já descolada da parede uterina. A atitude ativa é recomendada pela OMS (2018), e foi a realizada ao longo do módulo. Assim, após a expulsão do feto era colocada a ocitocina como uterotónico, e realizada a massagem abdominal. Após se verificarem os sinais de descolamento da placenta (útero contraído, progressão do cordão umbilical ao longo do canal vaginal para o exterior) realizou-se a tração controlada do cordão para que a placenta fosse descendo ao longo do canal vaginal. Também se verificou o descolamento de placenta através da manobra de Kustner, em que corrigindo a retroversão do útero se avalia se o cordão retrai com este movimento, e, na ausência de retração já ocorreu descolamento da placenta. Quando esta assomou à vulva foi realizada a manobra de Dublin, que consiste em realizar a rotação da placenta até a sua total expulsão para que as membranas se aglomerem e sejam expulsas, havendo menor risco de retenção de membranas (OMS, 2007).

A maneira mais comum de a dequitação ocorrer é pelo método Schultz, isto é, a face fetal ser a primeira a ser expulsa. No entanto, ao longo do módulo, várias vezes, se verificou que isto não ocorreu e foi inicialmente expulsa pela face materna (dequitação Duncan). Isto, como se poderá compreender, trouxe algumas implicações para as monitorizações subsequentes. Apesar de ser considerado um dequite fisiológico, poder-se-á compreender que se a primeira face a ser apresentada foi a face materna, então a inserção da placenta poderia ser mais marginal ou lateral e o descolamento da mesma não se ter realizado da forma mais correta, havendo mais probabilidade de retenção de cotilédones (constituintes da placenta que se encontram aderidos à parede uterina e local onde se localizam as trocas entre corpo materno e placenta) e maior hemorragia.

Para além do tipo de dequite verificado, a observação da placenta e do cordão umbilical, após a expulsão da mesma, também foi de elevada importância pela informação que pode transmitir acerca do parto e das vigilâncias subsequentes. Foi observada a presença de todos os cotilédones, foi também reconstituída a câmara amniótica, como forma de confirmar a integridade das membranas amnióticas (córion e âmnio), e a inexistência de restos placentários que pudessem impedir a correta formação do globo segurança de Pinard,

contribuindo para uma possível atonia uterina e consequente hemorragia pós-parto, temática que será brevemente abordada em seguida. Também o cordão umbilical foi observado, foi verificada a presença de 1 veia e 2 artérias, a presença de geleia de wharton que revestisse o cordão, e a ocorrência de nós do cordão.

Após o dequite podemos inferir que é estabelecido o 4.º e último estadio do TP também intitulado de período de hemóstase. Conforme o próprio nome indica e explicitado acima, o período de hemóstase ocorre com a formação do globo de segurança de Pinard. Este consiste na contração das fibras musculares uterinas, causando o colapso das artérias uterinas impedindo assim a hemorragia-pós-parto. Neste sentido, a prevenção da hemorragia pós-parto está diretamente relacionada com a formação deste globo, razão pela qual, após o dequite a sua formação foi prontamente confirmada. O 4.º estadio de pós-parto tem a duração de 2 horas, sendo que após isto se entra no período de puerpério imediato (Beckmann et al, 2010). A correção de lacerações ou episiotomias foi realizada neste período.

Após o término do 4.º estadio de TP as puérperas foram transferidas para o internamento. Neste momento, foi removido o cateter epidural, quando não se verificava nenhuma indicação para a sua manutenção (nomeadamente episiotomia ou lacerações muito extensas).

Se presente, foi também realizado a remoção do cateter urinário e avaliados os parâmetros vitais, prestados os cuidados perineais e observado o períneo e confirmada novamente a correta contração uterina. Após esta intervenção a puérpera foi incentivada a alimentar-se, e, tendo tolerado foi realizada a transferência de recém-nascido e puérpera após transmissão de informações relevantes à colega.

1.3- Autocuidado no pós-parto e parentalidade

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, pp. 6, 2010) explicita que este *“cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”*. Esta

competência traduz várias áreas de intervenção, tendo como recetor de cuidados a mulher (puérpera), recém-nascido e família. Face a diversos alvos de cuidados e às várias mudanças físicas, psicológicas e emocionais da puérpera inerentes a esta fase, diversas são também as intervenções. De facto, a mulher é confrontada com inúmeras adaptações que implicam a vigilância e a intervenção do EESMO. Para além da puérpera, também o recém-nascido é alvo de atenção e cuidados, bem como toda a nova dinâmica familiar que necessita de adaptação, conforme explicitado na definição da competência da OE.

Assim, o período do pós-parto é rico em intervenções autónomas do EESMO e por isso essenciais na aquisição e desenvolvimento de competências, e que foram executadas ao longo do módulo.

Importa em primeira instância contextualizar o desenvolvimento do módulo: “Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade”, para que melhor se possa compreender as intervenções realizadas.

O módulo foi realizado no Hospital CUF Porto, serviço de ginecologia e obstetrícia. Aqui se inclui o serviço de puerpério, onde após o parto as puérperas e os recém-nascido ficam internados por um período de 48 horas (se for parto vaginal) a 72 horas (se for cesariana), quando todo o processo no pós-parto decorre dentro dos parâmetros da normalidade.

Em termos físicos, o serviço é composto apenas por quartos individuais e inclui o berço do recém-nascido e a possibilidade da puérpera poder ficar acompanhada por familiares durante 24 horas. Para além dos quartos, é também neste serviço que fisicamente surge a sala de partos, o bloco de partos e a unidade de neonatologia, o que permite maior comunicação entre todos os intervenientes neste processo. A admissão da puérpera no serviço é já realizada nesse mesmo quarto, bem como todo o trabalho de parto, o que permite uma maior familiaridade e conforto.

Para além dos quartos, o serviço encontra-se munido de uma sala de cuidados ao recém-nascido, onde é possível encontrar todo o material necessário à realização de procedimentos ao mesmo, bem como é o local onde maioritariamente os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido são prestados.

Pode-se então, após a contextualização da unidade, começar por descrever as vivências e experiências desenvolvidas neste módulo, relativamente ao período do puerpério.

De acordo com a OMS (2017), pode-se definir o puerpério como o período entre a expulsão total da placenta e a restituição da normalidade dos órgãos reprodutores femininos. A sua

duração é de aproximadamente 6 semanas e pode ser subdividido em puerpério imediato (primeiras 24 horas), precoce (durante a 1ª semana) e tardio (até a 6ª semana).

Ao longo do módulo foi concedida maior atenção ao puerpério imediato e precoce, tendo em conta os já descritos tempos de internamento habituais.

O período do pós-parto deve ser encarado como algo fisiológico e normal na vida da mulher, no entanto tendo em conta o tipo de parto, o tipo de analgesia/anestesia e a existência ou não de complicações, várias são as vigilâncias inerentes a este período (ACOG e AAP, 2012). Assim, conforme o tempo de pós-parto e com o intuito de assegurar o normal desenvolvimento deste período e prevenir e diagnosticar precocemente complicações que pudessem surgir, em todos os turnos realizaram-se vigilâncias, identificaram-se diagnósticos de enfermagem e concretizaram-se intervenções. Os cuidados no pós-parto focaram-se na identificação de riscos maternos e neonatais que condicionassem morbilidade ou mortalidade materna a curto-prazo (Berens, 2018).

A avaliação da contração uterina foi um dos parâmetros avaliado, pela sua direta relação com o risco de hemorragia pós-parto (Berens, 2018). Após a expulsão da placenta, a hemóstase é garantida pela contração do útero que colapsa as artérias impedindo a hemorragia (ACOG e AAP, 2012). Assim, é importante a palpação manual do útero (Graça, 2000) para compreender se este se encontra contraído. Esta intervenção foi realizada à puérpera aquando do seu acolhimento na unidade, bem como em todos os turnos, no sentido de avaliar inicialmente a contração uterina e posteriormente a involução uterina. A palpação uterina foi executada com a bexiga vazia, para que pudesse ocorrer uma correta avaliação. A bexiga cheia, traduz um desvio da linha média do útero e impede-o de contrair de forma adequada. A altura uterina permite compreender de que forma este está a involuir, isto é, a voltar ao seu estado pré-gravídico (Berens, 2018). Uma involução uterina desadequada normalmente está associada à retenção de restos placentários e à infeção (Lowdermilk, 2009).

Em termos de valores padrão, o útero da puérpera nas primeiras 12 horas após o parto encontra-se 1 cm acima do umbigo e 24 horas após o parto ao nível umbilical, passando a partir daí, a involuir 1 a 2 cm por dia até voltar ao seu tamanho normal por volta das 6 semanas pós-parto (ACOG e AAP, 2012). As puérperas foram informadas acerca da correta contração e involução uterina e da sua importância, e incentivadas à realização de massagem uterina (Lowdermilk, 2009).

A avaliação dos lóquios faz também parte do exame da mulher, em qualquer momento no pós-parto. Por definição, denomina-se lóquios a descarga de líquidos que provêm do útero no período do pós-parto (Graça, 2000) e que, conforme o tempo de puerpério variam em quantidade e características. Esta avaliação auxiliou a inferir acerca da possibilidade de infecção, de retenção de restos placentários e hemorragia (seja ela mais precoce ou tardia). Inicialmente os lóquios são denominados de hemáticos, e são constituídos essencialmente por hemácias e decídua (Berens, 2018) e têm a duração de 3 a 4 dias (Graça, 2000). Nesta fase, a quantidade de lóquios hemáticos expulsa é essencial para a vigilância do pós-parto. A quantidade perdida é difícil de objetivar, mas de uma forma geral, pode ser classificada como abundante, quando a puérpera preenche na totalidade um penso higiênico em apenas 2 horas e hemorragia se esta preenche um penso higiênico em apenas 15 min (Lowdermilk, 2009). Os lóquios evoluem para sero-hemáticos, onde se liberta líquido com uma aparência mais clara (ACOG e AAP, 2012) que surge por volta do 5.º dia e se prolonga até 10.º dia (Graça, 2000). Por fim, os lóquios serosos surgem após o 10.º dia (Graça, 2000) e duram em média até ao 14.º dia (Lowdermilk, 2009), têm uma aparência esbranquiçada, e são ricos em leucócitos (Graça, 2000). O odor dos lóquios deve ser *sui generis* e não fétidos e a quantidade dos mesmos deve ir diminuindo ao longo do tempo. Estas informações transmitiram-se também às puérperas, aquando do internamento, para que soubessem reconhecer os sinais de alarme e alertar atempadamente os profissionais da saúde, bem como reconhecerem, após a alta clínica, quando deveriam recorrer a uma instituição de saúde (ACOG e AAP, 2012).

No caso da ocorrência do parto vaginal é de extrema importância a observação do períneo. Por essa razão, esta realizou-se em todos os turnos e após a transferência da puérpera da sala de partos. O períneo no período pós-parto, pode encontrar-se edemaciado, o que pode causar desconforto causando a necessidade de se realizar algumas intervenções, como a aplicação de gelo (ACOG e AAP, 2012; Berens, 2018). A observação do períneo prevê a deteção de hematoma vulvar ou hemorroides e a vigilância da ferida perineal, quando esta se encontra presente. O hematoma vulvar pode estar presente quando a puérpera refere uma dor aguda que não alivia com o regime medicamentoso instituído (ACOG e AAP, 2012). A existência de hemorroides verifica-se como sendo algo recorrente no período pós-parto e causador de desconforto (Berens, 2018) e que justificou intervenções como, incentivar a ingestão hídrica, a aplicação de gelo ou a necessidade de administração de anestésicos por via tópica e emolientes.

A presença de ferida perineal, como resultado da correção da episiotomia ou de laceração após um parto vaginal, implicou a observação do períneo, para detetar complicações como o hematoma, a hemorragia ou outros sinais de alarme que pudessem surgir (Berens, 2018).

Relativamente aos ensinamentos realizados, aquando dos cuidados de higiene, informou-se a mulher da importância de realizar a limpeza da região perineal no sentido antero-posterior, e a manutenção de um ambiente seco da ferida, se esta existisse (substituindo frequentemente o penso higiénico), sendo apenas necessário realizar a lavagem da região com água e sabão, uma vez por dia, e quando ocorresse uma dejeção (Lowdermilk, 2009).

A puérpera foi também informada, no momento da alta, acerca dos sinais que deveria vigiar, nomeadamente: dor incontrolável na região perineal; febre; odor fétido proveniente dos lóquios; presença de exsudado purulento ou deiscência na ferida perineal e explicado qual o procedimento normal relativamente ao material de sutura presente, que seria reabsorvido sem necessidade de preocupação por parte da mesma.

Caso a utente tivesse sido submetida a uma cesariana, a ferida cirúrgica resultante da incisão foi também alvo de vigilância, bem como a presença de hematoma, hemorragia ou outros sinais de alarme (Berens, 2018). A vigilância do penso realizou-se em todos os turnos, mas a ferida em si foi vigiada apenas quando se verificou o repasse do penso ou algum sintoma referido pela puérpera, ou no momento da alta.

Foram sugeridos alguns cuidados à puérpera, nomeadamente: realizar o levante de forma correta (lateralizando-se inicialmente, colocando os membros inferiores no chão e utilizando os membros superiores para realizarem a força necessária para elevarem o tronco) e quando necessitassem de tossir, espirrar ou mobilizar a região abdominal, deveriam realizar a contenção da ferida cirúrgica. A puérpera foi também informada no momento da alta acerca dos sinais que deveria vigiar, nomeadamente: o repasse do penso com conteúdo hemático em grande quantidade ou conteúdo purulento e febre.

A vigilância da eliminação urinária é também um elemento chave, pois no período pós-parto com a possibilidade de trauma na bexiga e vias urinárias (quer no parto normal quer na cesariana) e/ou dor vulvar ou edema (ACOG e AAP, 2012) este processo pode dificultar a correta involução uterina. Assim, foi vigiada em todas as puérperas, a primeira micção após o parto ou remoção do cateter urinário e incentivou-se a puérpera a urinar frequentemente (Lowdermilk, 2009), pela relação de causalidade existente entre a bexiga cheia e o impedimento da correta contração uterina e consequente hemorragia pós-parto. A primeira

micção deve ocorrer 4 a 6 horas após o parto (Berguella, 2018), e nas 12 horas após o mesmo, pode verificar-se um aumento de diurese, condicionado pela medicação administrada. Apesar do aumento da diurese podem verificar-se menor número de micções, pela maior complacência da bexiga no período pós-parto ou traumatismos do parto. Devido a isso, os sinais e sintomas de infecção foram também vigiados e a puérpera foi incentivada a urinar frequentemente (para evitar o desvio da linha média uterina, o impedimento da correta involução uterina, e a estase e retenção urinária), pois muitas vezes pode promover dor e perda hemática abundante.

O risco de hipotensão ortostática é algo relevante no período do pós-parto, razão pela qual o momento do 1.º levante da puérpera, quer fosse após um parto vaginal ou uma cesariana foi sempre acompanhado. Esta situação verifica-se pela diminuição súbita da pressão intra-abdominal (Lowdermilk, 2009) que leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos e a uma estase de sangue nas vísceras, o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma hipotensão ortostática. O primeiro levante da puérpera após uma cesariana foi realizado no mínimo 12 horas após, cumprindo as normas do serviço, mas tentando promover o mesmo o mais precocemente possível incentivando a sua mobilização ativa e assim prevenindo fenómenos tromboembólicos (Berguella, 2018).

Após um parto vaginal, tendo a puérpera sido submetida a analgesia por via epidural, o levante foi realizado 4 horas após o parto ou a partir do momento em que o bloqueio motor decorrente da analgesia se encontrasse revertido e a puérpera se tivesse alimentado e tolerado (Beckman et al, 2010). No momento do primeiro levante foram avaliados os parâmetros vitais, para que melhor se pudesse compreender o padrão fisiológico da mulher na posição horizontal e avaliar a resposta na posição ortostática. Assim, progressivamente foi elevada a cabeceira da cama, por forma a prevenir a já referida hipotensão ortostática, inicialmente colocando-a a 45 graus e posteriormente sentando a puérpera na cama e com os pés no chão. No decorrer do levante, foram vigiados os sinais e sintomas de hipotensão tais como: sudorese, tonturas ou visão turva (Lowdermilk, 2009). Os parâmetros vitais foram reavaliados e comparados com os valores iniciais, de maneira a ajudar a compreender a adaptação da mulher à posição ortostática, e por fim, auxiliada a deambular vigiando -se sempre os descritos sinais e sintomas de hipotensão.

O padrão de eliminação intestinal da mulher pode também estar comprometido, pela presença de hemorroides, receio em evacuar, diminuição da tonicidade dos músculos abdominais e compromisso no peristaltismo habitual, jejum prolongado e/ou à desidratação

(Lowdermilk, 2009). Por esta razão incentivou-se a puérpera a adotar estratégias que facilitassem este processo, tais como: aumentar a ingestão de líquidos, ter uma alimentação rica em fibras e deambular. Importa ainda referir que, após a utente ser submetida a uma cesariana a ausência de eliminação intestinal leva a colocar a possibilidade de paralisia do íleo- paralítico (Berguella,2018), razão pela qual a ausência de eliminação intestinal deve ser reportada.

Ainda durante o exame puerperal, importa também prestar atenção às mamas e mamilos, tendo em conta que os dados recolhidos, através da observação das mesmas, estão diretamente relacionados com a amamentação. O formato do mamilo influencia diretamente a facilidade para o recém-nascido iniciar a pega e realizá-la de forma correta. Um mamilo mais protuberante, ao invés de um mamilo curto ou invertido, facilita a pega e o recém-nascido normalmente não apresenta dificuldade em realizá-la (International Lactant Consultant association (ILCA), 2011). A presença de fissuras mamilares, ou a maceração pode indicar uma má pega. Esta informação, quando recolhida, através da observação dos mamilos, revelou a necessidade de maior atenção no âmbito da amamentação. Face a esta situação, foram implementadas intervenções como, otimização da pega e foram transmitidas informações, acerca dos sinais de boa pega que foram treinadas ao longo das mamadas subsequentes.

Foi também importante transmitir informação às puérperas relativamente ao processo de lactação. Após a saída da placenta, o leite visualizado é designado de colostro (rico em lactose e proteínas) e em menor quantidade, verificando-se que, 30 a 72 horas, após o parto, há uma maior produção de leite e a alteração dos constituintes do mesmo (ILCA, 2011). Este conhecimento é importante para que os profissionais possam adequar as intervenções e informações fornecidas, conforme o tempo de puerpério, e assim otimizar a amamentação. Neste sentido, observava-se uma mamada pelo menos uma vez por turno, para compreender como a puérpera colocava o recém-nascido a mamar, se conseguia identificar os sinais de boa pega e como interrompia a mamada, bem como os sinais de fome e saciedade. Com isto se pretende compreender se a díade mãe-recém-nascido necessitava de algum auxílio e assim promover a amamentação.

Frequentemente surgiram dúvidas relativas à amamentação e as puérperas solicitavam muita colaboração dos profissionais, nomeadamente no sentido de: corrigir a pega; estimular o recém-nascido a mamar; perceber os sinais de saciedade e perceber a quantidade de leite

necessário para alimentar o filho. No âmbito da amamentação, muitos foram os ensinamentos realizados, mas mais do que isso, importou reforçar a autoeficácia da mãe.

O ingurgitamento mamário foi uma das complicações associadas à lactação que foi vivenciada ao longo do módulo. Frequentemente as puérperas encontravam-se ainda internadas no 3.º e 4.º dia após o parto. Tendo conhecimento do processo fisiológico de lactação, normalmente o processo de descida do leite, decorria ainda ao longo do internamento da puérpera, bem como uma das consequências que daí pode advir, o ingurgitamento mamário. Para além da frequência com que se vivenciou este diagnóstico de enfermagem, a pertinência da abordagem desta temática, prende-se também com as diferenças nas intervenções realizadas por cada profissional relativamente a esta complicação que surge do processo da lactação. Devido a isto, identificou-se o ingurgitamento mamário como sendo uma área com necessidade de maior aprofundamento.

O ingurgitamento mamário pode-se definir de acordo com a CIPE (2011) como “tumefação das mamas com sensação de dor e peso que ocorre com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança”. Esta situação pode ser causada pelo desequilíbrio que pode ocorrer entre a produção de leite e as necessidades do recém-nascido ou a capacidade do mesmo de esvaziamento da mama (Manganesi, 2007). Esta complicação é frequente acontecer entre o 3.º e o 6.º dia após o nascimento do recém-nascido (apesar de não se encontrar circunscrito a este período) e afeta cerca de 72% das mulheres (Navneet, 2015). Importa diferenciar o aumento da produção de leite fisiológico (lactogénese II) e o diagnóstico de ingurgitamento mamário. De acordo com o conhecimento da fisiologia da lactação, compreende-se que 30 a 72 horas após o parto, a produção de leite aumenta, e o processo de produzir leite, outrora controlado por via endócrina, passa a ser regulado por via autócrina (ILCA, 2011). Este aumento de produção de leite é fisiológico, e pode decorrer sem qualquer intercorrência, no entanto é um momento onde facilmente se pode verificar o ingurgitamento mamário, pelas razões já descritas, e nessa situação verifica-se que as mamas se encontram dolorosas, edemaciadas, com o mamilo achatado (o que pode dificultar a pega), podendo a puérpera apresentar febre ligeira e desconforto generalizado (Sousa, 2012). Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do ingurgitamento mamário, pode-se descrever uma pega incorreta, o esvaziamento insuficiente das mamas, a sucção ineficaz, as razões emocionais maternas, pelo que em primeira instância, tentou – se prevenir o ingurgitamento, através de medidas como: a amamentação precoce; o horário livre; a pega correta e a amamentação em diversas posições.

O ingurgitamento mamário é uma situação que causa grande desconforto, conforme descrito na evidência científica e pode condicionar negativamente a amamentação ou até mesmo cessá-la. O objetivo do tratamento é diminuir o desconforto e o edema (Navneet, 2015). Face a isso, vários são as possibilidades de tratamento tais como: a crioterapia, a aplicação de calor, a massagem, a expressão de leite, começando sempre por assegurar a frequência de mamadas e a pega adequada, (ILCA, 2011). Assim, as puérperas foram orientadas conforme estas indicações, tendo sido incentivadas a aumentar a frequência das mamadas, a praticar o horário livre e aplicar calor húmido, associando a massagem da base da mama para o mamilo, antes de darem de mamar e a aplicação de frio e expressão de leite após amamentarem.

No entanto, verificou-se que a expressão de leite, através de bomba, era frequentemente desaconselhada pelos profissionais. De acordo com as indicações da ILCA (2011), após a amamentação é recomendada a expressão de leite (de forma mecânica ou manual), no sentido de tornar a mama um pouco mais confortável, no entanto não a esvaziando totalmente. O intuito de realizar esta intervenção é diminuir a tensão mamária, o edema e o desconforto não removendo todo o leite da mama e assim ajudar a que a hormona denominada de fator inibidor de leite possa atuar diminuindo a produção de leite. A expressão manual de leite na presença de ingurgitamento mamário, pode ser difícil de ser realizada. A dor já presente, agrava-se na presença de manipulação, e o edema torna o processo difícil de ser executado e pouco eficaz. Por essa razão, e de acordo com a evidência, a expressão de leite foi feita manualmente ou mecanicamente, avaliando cada situação caso a caso, conforme os recursos disponíveis e cumprindo os princípios inerentes à realização desta intervenção.

A dor após um parto vaginal é também natural, devido à presença de edema e/ou ferida perineal. Nestas situações foi instituído o protocolo de analgesia medicamentosa prescrito e a utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor como, aplicação de gelo na região perineal.

No caso de uma utente submetida a cesariana, o cateter venoso periférico e o cateter epidural mantêm-se pelo menos 48 horas, e é aplicada a medicação analgésica prescrita, conforme cada via. A verbalização de cefaleias por parte da puérpera, necessita sempre de maior exploração e a avaliação de outros sintomas, pelo risco de pré-eclâmpsia ou picada da *dura mater*.

A dor nos membros inferiores, associada a outra sintomatologia como o edema ou o rubor, ou o sinal de Homan positivo, alerta para a possibilidade de trombose venosa profunda, pelo risco tromboembólico associado ao período pós-parto (Lowdermilk, 2009). Assim, para prevenir esta complicação incentivou-se a deambulação precoce e a realização de movimentos ativos dos membros inferiores.

O recém-nascido foi também alvo de cuidados, conforme explicitado no já referido regulamento de competências. A sua adaptação à vida extrauterina é um momento que implica ajustes fisiológicos aos quais o estudante esteve vigilante e atento (Lowdermilk, 2009). Por essa razão, foi importante que o estudante, enquanto potenciador da saúde do recém-nascido, como explicitado na competência supracitada, desempenhe as atividades de vigilância.

Ao longo do módulo foi realizada uma avaliação global do recém-nascido, não interrompendo o seu ritmo biológico e respetivos estádios comportamentais, mas observando-o ao longo de momentos chave e de maior atividade, dos quais podem ser exemplo: a amamentação; os cuidados de higiene e conforto, bem como a mudança de fralda.

Pode realizar-se uma avaliação do recém-nascido, apenas observando o seu aspeto geral, nomeadamente a coloração da pele, o tónus muscular e postura, o choro e os reflexos primitivos (McKee-Garrett, 2017).

A postura natural do recém-nascido é em flexão, conforme o seu posicionamento no útero materno. Por essa razão, aquando da observação do recém-nascido verificou-se se as suas extremidades se encontravam fletidas sob o tórax, ao invés de se apresentarem em extensão, com pouca tonicidade (com exceção das apresentações pélvicas, cujos membros inferiores se encontram em extensão) (McKee-Garrett, 2017). A ausência de uma postura de flexão, pode traduzir hipoxia e outras complicações e é um sinal de alarme no recém-nascido (Wheeler in Hockenberry e Wilson, 2014).

A avaliação do sistema tegumentar permitiu, desde logo, recolher dados que ajudaram a confirmar o bem-estar e a correta adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Nos primeiros dias pós-parto, a pele do recém-nascido apresenta-se avermelhada e brilhante podendo apresentar-se, ocasionalmente seca, com vernix caseoso, lanugo, edema e acrocianose. Não é expectável que se apresente pálida ou se verifique cianose central (Lowdermilk, 2009) ou pletórica (McKee-Garrett, 2017).

A presença de icterícia após as 24 horas pós-parto, pode ser considerada fisiológica (Wilson in Hockenberry e Wilson, 2014), mas implicou a vigilância por parte da equipa de enfermagem e médica, pelo risco de hiperbilirrubinémia e consequente necessidade de intervenção e tratamento com fototerapia.

A presença de *millium* sebáceo, eritema tóxico, nevos, ou manchas mongólicas foram também achados normais (McKee-Garrett, 2017), tendo sido explicados aos pais para que assim tivessem conhecimento do aspeto normal do recém-nascido.

A observação da cabeça foi também realizada, especialmente o seu formato e a presença de cefalohematoma ou *caput succedaneum* (McKee-Garrett, 2017). A presença de cefalohematoma ou escoriações pode estar associada a dor no recém-nascido, o que não deve ser desvalorizada.

Também a respiração foi um parâmetro avaliado. O sistema respiratório é o que se encontra com maior necessidade de adaptação após o nascimento. A presença de esforço respiratório com sinais como adejo nasal, taquipneia, ou tiragem intercostal alertaram para a necessidade de vigilância e a intervenção de outros profissionais da saúde.

O reflexo de sucção, dos pontos cardeais e o reflexo laríngeo foram uma das vigilâncias de relevo para avaliação do recém-nascido, que lhe permitem realizar tarefas como, alimentar-se, e fornece informação importante acerca da sua vitalidade, comportamento e estado neurológico. Como referido, alguns dos reflexos para além de traduzirem o seu estado neurológico e auxiliarem a despistar possíveis complicações, são essenciais à amamentação. No reflexo de sucção, o recém-nascido começa a sugar vigorosamente quando algo (como o mamilo ou um dedo) é colocado na sua orofaringe (Wheeler in Hockenberry e Wilson, 2014) e o reflexo de deglutição pode ser desencadeado voluntariamente ou reflexamente, e traduz-se na ocorrência de deglutição, quando se verifica a presença de bolo alimentar no palato mole (ILCA, 2011).

O reflexo dos pontos cardeais, avaliou-se tocando -se na bochecha do recém-nascido, sendo expectável que este rodasse a cabeça para o lado que foi estimulado e abrisse a boca (ILCA,2011). O reflexo faríngeo ocorre quando a faringe é estimulada (Wheeler in Hockenberry e Wilson, 2014) levando a que ocorra um movimento semelhante a vômito e assim, juntamente com o reflexo de tosse as vias aéreas possam ser protegidas (ILCA, 2011). Outros reflexos foram também avaliados, tais como: o reflexo de Moro (em que, quando alterado subitamente o seu equilíbrio, este realiza extensão e abdução das extremidades); o

reflexo de preensão (em que a estimulação da raiz dos dedos causa a sua flexão) e o reflexo de sobressalto (em que um barulho forte causa a abdução dos membros e flexão dos cotovelos) (Wheeler in Hockenberry e Wilson, 2014).

Como referido, foi observada uma mamada, pelo menos uma vez por turno, por forma a verificar a coordenação entre os reflexos do recém-nascido e assim garantir que a sua alimentação se estava a realizar de forma adequada e sem nenhuma intercorrência que justificasse necessidade de intervenção.

A vigilância da eliminação urinária do recém-nascido, ao longo do internamento, foi também um elemento chave. A primeira micção deve ocorrer nas primeiras 12 horas, sendo que, se esta não acontecer nas primeiras 24 horas, deverá ser um sinal de alarme e ser comunicado ao pediatra, pois pode traduzir algum compromisso nas vias urinárias e bexiga (ACOG e AAP, 2012).

Para além da vigilância da primeira micção, também a frequência e as características das mesmas foram monitorizadas, pois está diretamente relacionada com o aporte hídrico e a alimentação do recém-nascido. A urina deve ser amarelo-claro e a quantidade de micções aumenta, à medida que o tempo de vida aumenta também, sendo expectável que o recém-nascido nas primeiras 24 horas apresente uma micção, no segundo dia, duas micções e no terceiro dia três micções. A partir do quarto dia a frequência das micções aumenta, devido ao maior aporte hídrico que ocorre devido ao processo de descida de leite e assim se estabelecer que os recém-nascidos a partir do quarto dia de vida devem urinar entre 6 a 8 vezes por dia (Lowdermilk, 2009).

A primeira dejeção, deve ocorrer nas primeiras 24 horas de vida (Lowdermilk, 2009), e as fezes eliminadas, nesta fase designam-se de mecónio. O mecónio forma-se durante a vida intra-uterina, e é resultado de líquido amniótico e células, tem um aspeto viscoso e escuro e é eliminado entre as primeiras horas de vida e o segundo dia. Após isso, as fezes passam a ser chamadas fezes de transição e apresentam-se castanhas amareladas ou esverdeadas e mais líquidas até se tornarem nas fezes lácteas por volta do quarto dia. O número de dejeções diárias do recém-nascido, varia conforme o tipo de alimentação, se esta é de leite materno, após o terceiro dia deve apresentar 2 a 3 dejeções diárias, se é alimentado com leite artificial, a eliminação intestinal deve ser de uma dejeção a cada 48 horas (Lowdermilk, 2009).

O coto umbilical foi outras das vigilâncias necessárias, devido ao seu alto risco de infeção. O seu aspeto inicial é branco azulado e gelatinoso, sendo que progressivamente inicia um

processo de mumificação, onde se vai tornando acastanhado e seco (Luís, 2014), até cair entre o 5.º e o 15.º dia de vida (Oudesluys-Murphy cit por Imdad, 2013). Por ser um tecido outrora vivo, sujeito a um processo de isquemia, o seu potencial infeccioso é grande e por essa razão a observação frequente, permite despistar quaisquer sinais de onfalite, tais como: o edema, o rubor periumbilical e o exsudado (Frasier, Davies e Cusack, 2006; Bautista, Mantaring, Uy, Senen, 2010 cit por Luís, 2014). O método de limpeza realizado, ao longo do módulo, conforme o protocolo do serviço foi a desinfecção diária com álcool a 70%. No entanto, as *guidelines* da OMS (2014), recomendam a realização de técnica seca como método de escolha para os cuidados ao coto umbilical, em recém-nascidos cujo nascimento se deu em ambiente hospitalar. Esta diferença entre o que se verifica na prática clínica e o recomendado, deve ser condutora de um processo de reflexão.

Fazendo uma análise da literatura podemos concluir que vários são os cuidados que podem ser realizados ao coto umbilical, sendo difícil a existência de consenso. De uma forma geral, a utilização de antissépticos protela o tempo de queda do cordão (Mullany, 2013; Luís, 2014), o que, pelo facto de manter por maior período de tempo um tecido em processo de necrose ligado ao recém-nascido o seu potencial de infeção aumenta. No entanto, vários são os autores que não conseguem ainda recolher informação suficiente, acerca dos principais custos benefícios da utilização da técnica seca *versus* uso de antissépticos. Apesar da *guideline* da OMS alegar que não se verificam vantagens utilizando antissépticos em vez da técnica seca, verifica-se maior colonização bacteriana utilizando apenas a técnica seca (Canadian Agency for drugs and technologies in health, 2013). Realizando uma prática baseada na evidência, poder-se-ia inferir que a *guideline* da OMS deveria prevalecer e que algumas alterações fossem realizadas ao protocolo do serviço. Por essa razão, a técnica utilizada foi adaptada às expectativas e aos conhecimentos do casal (muitas vezes conhecimentos adquiridos ao longo da preparação para a parentalidade). Também foi tido em conta para a escolha da técnica a utilizar as características do coto umbilical, nomeadamente a sua evolução cicatricial e a presença ou não de sinais inflamatórios. Considerando estes critérios, procurou-se uniformizar a linguagem entre os profissionais no serviço e orientar os cuidados, tendo por base a evidência científica e a vontade do casal, quer utilizando o álcool a 70% ou a técnica seca.

Após se terem abordado as vigilâncias realizadas ao longo do módulo, tanto à puérpera quanto ao recém-nascido, urge a necessidade de abordar a temática da adaptação à parentalidade e dos cuidados ao recém-nascido por parte dos pais, tendo esta temática sido crucial ao longo do módulo.

A prestação de cuidados ao recém-nascido pode ser um momento causador de stress, especialmente se este é o primeiro filho ou os pais não realizaram nenhum tipo de preparação antes do parto (Lowdermilk, 2009).

Ser mãe ou pai é considerado um dos papéis mais complexos de desempenhar (Cardoso, 2011) mas dos mais essenciais, pois vai garantir a sobrevivência, a segurança e o bem-estar da criança (Bar-yam, 1996; Beger e Cook, 1996; Canavarro, 2001; Longsder, Wisner e Pinto-Foltz, 2006 cit por Cardoso, 2011).

Neste período, o conhecimento e a informação fornecida aos pais são essenciais, para diminuir a sua ansiedade, de forma a sentirem-se mais capazes de assegurar os cuidados ao filho/a (Cardoso, 2001).

Várias são as áreas de prestação de cuidados ao recém-nascido que a evidência científica nos explicita, como sendo necessárias para os corretos cuidados pelos pais e que foram identificadas e desenvolvidas, no sentido de promover a autonomia dos pais e a sua melhor adaptação à parentalidade.

Ao longo do módulo, muitas foram as necessidades do casal que foram identificadas. Assim, a informação foi adequada, tendo em conta o tempo de vida do recém-nascido, tentando que o que se transmitisse fosse pertinente e atuasse como elemento facilitador da transição que se encontravam a desenvolver.

Uma das necessidades dos pais que surgiu inicialmente era acerca da mudança da fralda, sendo que, estes foram ensinados e instruídos como realizar a mudança da mesma, em que momento o fazer, sendo após isso realizado o treino com os mesmos. Este momento era muitas vezes aproveitado para transmitir alguma informação, tal como, a frequências das micções e dejeções e as características das mesmas. Frequentemente na altura da mudança da fralda, surgia a questão dos cuidados com o coto umbilical. Esse momento era então aproveitado para explicar o correto posicionamento da fralda em relação ao coto umbilical e eram também informados que os cuidados ao coto umbilical seriam prestados no momento dos cuidados de higiene, a não ser que o mesmo fosse conspurcado com micções ou dejeções.

No momento dos cuidados de higiene e conforto prestados ao recém-nascido, os pais foram então ensinados e instruídos acerca do processo de mumificação do coto umbilical, sinais de alarme e a correta técnica da sua desinfeção ou limpeza adequando o protocolo do serviço e

a vontade dos pais. Posteriormente, foi treinado pelos pais a desinfecção/limpeza do coto umbilical.

Ao longo do módulo foram-se desenvolvendo competências relativas aos cuidados de higiene ao recém-nascido, tendo sido uma das principais necessidades que os pais tendiam a referir. Frequentemente o primeiro banho foi dado por um profissional, e após isso incentivado o treino por parte dos pais. Nesta altura, referiu-se qual a correta técnica de banho, o material necessário, como manter a segurança do recém-nascido, como diminuir a perda de calor e a frequência e momento do banho (Lowdermilk, 2009). Este momento, pela exposição e nudez do recém-nascido, pode ser um momento privilegiado para referir algumas das suas características físicas, que pudessem alarmar os pais e a que sinais de alarme estes deveriam estar atentos, tais como: a icterícia, a presença de secreções oculares ou genitais e lesões cutâneas. A técnica de vestir e despir foi algo que foi ensinado, instruído e treinado neste momento.

Algumas precauções de segurança foram também explicitadas nomeadamente, acerca da prevenção do síndrome de morte súbita do lactente. Assim, quando apropriado foi explicado que, por forma a prevenir este síndrome, o posicionamento do recém-nascido no berço quando este não se encontra a ser vigiado seria em decúbito dorsal, com os cobertos presos, e os mesmos pela região axilar e sem excesso de cobertores, num colchão firme sem brinquedos ou elementos que o possam asfixiar (Moon, 2016). Ainda relativamente à temática da segurança, importa também nomear os já referidos ensinamentos realizados no momento do banho que permitiram mitigar eventuais acidentes associados a este momento. Por fim, também de acordo com as indicações da Associação Portuguesa de Segurança Infantil, foram explicadas e asseguradas algumas condições de segurança, nomeadamente garantia de utilização de sistema de retenção, adequado à faixa etária do recém-nascido (sistema de retenção grupo 0+, versão 03 ou 04), correta utilização de sistema de retenção de recém-nascido (voltada para trás e com o posicionamento do recém-nascido adequado), e treino da utilização do mesmo, conforme o protocolo instituído entre o local onde foi realizado o módulo e a da Associação Portuguesa de Segurança Infantil e as indicações da Direção Geral da Saúde (2010).

Por todas estas necessidades identificadas, pode-se assim compreender a abrangência de intervenção do EESMO, como elemento privilegiado no momento do pós-parto na identificação e deteção de eventuais complicações associadas a este período, como

elemento facilitador de saúde e bem-estar, promovendo a correta adaptação à parentalidade e consequente manutenção da segurança, bem-estar e saúde do recém-nascido.

1.3.1- Revisão integrativa da literatura: aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto.

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o intuito de estabelecer uma procura pela melhor evidência científica, e assim, se poder estabelecer na prática clínica a chamada prática baseada na evidência. Com isto se pretende obter mais ganhos em saúde e atribuir maior conhecimento científico à prática da enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

A temática selecionada partiu da observação do contexto do estágio profissionalizante no módulo Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. Optou-se pela crioterapia (que se traduz na redução terapêutica da temperatura dos tecidos, através da aplicação de elementos frios (Paiva et al, 2016) como estratégia de alívio da dor no períneo, por se compreender que: a dor no períneo no pós-parto é uma situação incômoda para a mulher que lhe dificulta este período; foi uma intervenção realizada ao longo da elaboração deste módulo, mas não considerada por todos os profissionais; a taxa de feridas perineais presentes, justificou a procura de outras estratégias de alívio da dor, para além das farmacológicas.

A aplicação de gelo realizou-se no estágio profissionalizante, em utentes em situação de pós-parto vaginal. No módulo: “Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade” foi aplicado gelo como estratégia de alívio da dor, quando as puérperas referiram dor e o seu regime analgésico instituído não se verificou suficiente para aliviar a mesma, causada pela presença de ferida perineal decorrente do parto. A presença de trauma perineal ao longo do módulo “TP e Parto” verificou-se em 30 dos 49 partos executados, e daí ser uma situação frequente e por isso pertinente de ser abordada. Apesar destes dados, apenas será estudada a questão mais focalizada no âmbito do módulo: “Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade”. Assim, reconheceu-se a importância de estudar este tema para compreender se as intervenções realizadas se verificam eficazes e recomendadas, e assim poderem ser amplamente utilizadas e sugeridas.

1.3.1.1 Introdução do problema em estudo

De acordo com os dados recolhidos através do EURO-PERISTAT (2014), é possível verificar que a episiotomia ocorre em 80% dos partos vaginais em Portugal, e quando esta não ocorre, verifica-se que 0,4% das puérperas têm laceração vaginal de 3.º ou 4.º grau e 3,1% de 1.º ou 2.º grau. Isto traduz-se numa grande percentagem de puérperas que apresentam ferida perineal no pós-parto, e que, naturalmente pela ação de descontinuidade e pela lesão poderá provocar dor.

Várias podem ser as estratégias enumeradas para o alívio da dor (analgésicos, anestésicos entre outras), bem como a aplicação de gelo ou crioterapia. Esta intervenção, traduz-se na diminuição da temperatura no local da ferida (Paiva et al, 2015) e consequentemente uma diminuição da dor por ação da vasoconstrição que diminui a passagem de mediadores inflamatórios e de dor (East et al, 2009). No entanto, verifica-se que apesar dos referidos efeitos, esta intervenção não é considerada por todos os profissionais, nem em todos os serviços, mas poderia ser uma prática comum nos atuais serviços de puerpério. Importa, por isso, perceber a eficácia desta intervenção para que através da prática baseada na evidência possa ser amplamente utilizada.

Compreende-se que, a dor pode ser encarada como um fenómeno negativo e que pode condicionar a maneira como a mulher vive o pós-parto e se relaciona com o recém-nascido, podendo mesmo influenciar a sua transição para a parentalidade. Assim, diminuir a dor é por si só um ganho em saúde, sendo um indicador importante neste âmbito. Condiciona ainda uma rede maior de ganhos em saúde, dos quais podem ser exemplo: uma melhor adaptação à parentalidade, uma avaliação mais positiva no período do pós-parto e maior vinculação com o recém-nascido.

Importa compreender a eficácia desta intervenção, para que possa ser empiricamente justificada e utilizada amplamente. Como já referido, traduz-se em ganhos em saúde e sendo uma intervenção autónoma, amplia o campo de ação dos EESMO promovendo a autonomia,

a relevância e o empowerment das mulheres. Assim surgiu a seguinte questão de investigação: Qual a eficácia da aplicação de gelo como estratégia de alívio da dor decorrente da ferida perineal no pós-parto?

1.3.1.2 Método

Por forma a dar resposta à questão de investigação, a metodologia utilizada será de natureza qualitativa, optando-se pela revisão integrativa da literatura, que consiste na análise narrativa de um determinado tópico com o intuito de agregar conclusões e justificar práticas (Emeis, 2012).

Para cumprir o rigor necessário a este tipo de revisão, foram estabelecidos os seguintes termos MESH para a elaboração da pesquisa: Episiotomy; Pain management; Cryotherapy; Perineum; Ice; Laceration; Puerperium. Nas bases de dados associou-se a seguinte frase booleana: puerperium AND cryotherapy AND pain management; cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration; cryotherapy AND pain management AND episiotomy; cryotherapy AND pain management AND laceration.

De seguida, estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão para selecionar os artigos e assim dar resposta à pergunta de investigação previamente estabelecida. Apenas foram selecionados artigos em inglês ou português em que: a data de publicação se encontrasse no intervalo temporal entre os anos de 2012 e de 2018; as mulheres com gestações de termo; e o parto eutócico. Foram excluídos todos os artigos em que os partos tivessem sido instrumentados ou pré-termo.

Por fim, tendo já os descritores e os critérios para inclusão e exclusão dos artigos estabelecidos, recorreu-se às bases de dados para a pesquisa. As bases de dados utilizadas foram a Scopus, Ebsco (que inclui Academic search Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina e MEDLINEwith Full Text), Web of Science, Pubmed e Ovid.

A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2018. O nível da evidência foi avaliado de acordo com os autores Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010), que estratificam o nível de evidência em 7 níveis.

Pode-se observar em seguida um quadro resumo explicativo do processo de pesquisa.

Quadro 1 – Bases de dados utilizadas e estratégia de pesquisa	
Bases de Dados	Frase booleana
Scopus	(Puerperium AND cryotherapy AND pain management); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy); (Cryotherapy AND pain management AND laceration)
Ebsco	(Puerperium AND cryotherapy AND pain management); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy); (Cryotherapy AND pain management AND laceration);
Web of Science	(Puerperium AND cryotherapy AND pain management); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy); (Cryotherapy AND pain management AND laceration);
Pubmed	(Puerperium AND cryotherapy AND pain management); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy); (Cryotherapy AND pain management AND laceration);
Ovid	(Puerperium AND cryotherapy AND pain management); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy OR laceration); (Cryotherapy AND pain management AND episiotomy); (Cryotherapy AND pain management AND laceration);

1.3.1.3- Resultados

Aplicando a frase booleana nas referidas bases de dados da pesquisa inicial surgiram 156 artigos. Destes foram eliminados 144 por se encontrarem repetidos ou fora do contexto, após leitura dos títulos. De seguida leram-se na íntegra os 12 artigos restantes e aplicando os critérios de inclusão e exclusão eliminaram-se 6. Neste sentido, selecionaram-se 6 artigos, conforme pode ser observado no diagrama 1.

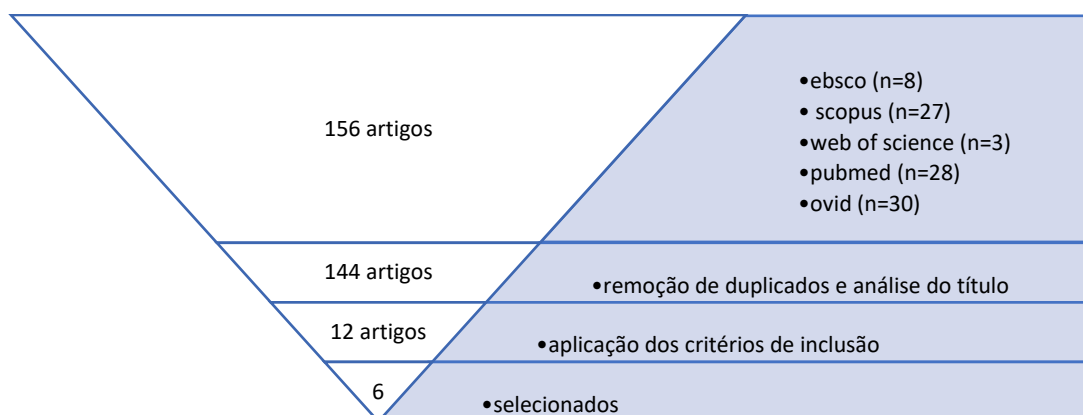


Diagrama 1- Resumo do processo de seleção dos artigos

No quadro 2, observam-se os artigos selecionados e nos quadros 3, 4, 5, 6, 7, e 8 apresentam-se os respectivos resultados dos artigos.

Número	Estudo	Referência
#1	Best practices in management of postpartum pain	FAHEY, J. Best practices in management of postpartum pain. <i>Journal of Perinatal and Neonatal Nurses</i> . Abril-junho 2017. Vol. 31 No 2. pp.126-136
#2	Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial	OLIVEIRA, S. et al. Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Fevereiro 2012. 21. pp. 3382-3391
#3	Criotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature	FRANCISCO, A. et al. Criotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature. <i>Revista escola enfermagem USP</i> . 2013. 47. pp 554-560
#4	Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial	BELEZA, A. et al. Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial. <i>Physiotherapy</i> . 2016. 103. pp 453-458.
#5	Length of perineal pain relief after ice pack application: quasi-experimental study	PAIVA, C, et al. Length of perineal pain relief after ice pack application: quasi-experimental study. <i>Women and Birth</i> . 2016. 29. pp 117-122.
#6	Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial	MORAIS, I. et al. Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial. <i>Revista brasileira ginecologia e obstetrícia</i> . 2016. 38. pp. 325-332

Quadro 2- Artigos selecionados

Título #1	Best practices in management of postpartum pain
Publicação/ País	The Journal of perinatal and neonatal nursing (Estados Unidos)
Data	2017
Objetivos	Descrever as melhores intervenções para gerir a dor no pós-parto
Palavras chave	Chronic postpartum pain; nipple pain; opioid use in postpartum; pain medication in lactation; perineal pain; postpartum; postpartum pain management; uterine involution pain;
Desenho	Estudo descritivo
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A utilização de crioterapia está associada a menos edema e mais alívio da dor. • A utilização de crioterapia deve ser limitada a um intervalo de 10 a 20 minutos e realizada com intervalos de maneira a evitar queimaduras. • Como consequência da aplicação de crioterapia pode ocorrer queimaduras por frio e trauma, especialmente em puérperas com sensibilidade diminuída, devido a anestesia local ou analgesia epidural. • Para a realização de crioterapia é a aplicação de gelo ao invés de lavagens perineais com água fria. • A aplicação de frio é mais vantajosa do que a aplicação de calor na presença de inflamação ou edema.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação de frio é preferível à aplicação de calor, na presença de inflamação ou edema. • A aplicação de frio é mais vantajosa em comparação com o calor no que refere ao alívio da dor. • A utilização de sacos de gelo pode ser utilizada, conforme a vontade materna para alívio da dor.
Nível da evidência	VI

Quadro 3- Análise do artigo: Best practices in management of postpartum pain

Título #2	Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial
Publicação/ País	Journal of Clinical Nursing (Brasil)
Data	2012
Objetivos	Comparar o efeito da aplicação de gelo durante 10, 15 e 20 minutos para alívio da dor perineal após o parto.
Palavras chave	Clinical trial; cryotherapy; obstetric nursing; pain; perineum; postnatal period
Desenho	Randomized Controlled Trial (RCT)
Métodos	Foram selecionadas 38 mulheres e divididas em 3 grupos: grupo A (aplicação de gelo por 10 minutos); grupo B (aplicação de gelo por 15 minutos); grupo C (aplicação de gelo por 20 minutos - grupo utilizado na elaboração de outro RCT em que foram

	apenas utilizados os dados). Foi comparada o nível de dor, através da escala numérica da dor (graduada de 0 a 10) em 4 alturas diferentes: antes da crioterapia; imediatamente após; 20 minutos após e 40 minutos após.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificaram diferenças estatísticas entre a aplicação de crioterapia por 10, 15 ou 20 minutos no alívio da dor. • Todas as puérperas incluídas no estudo referiram uma opinião favorável à utilização de crioterapia. • 94.7 % das puérperas referiram alívio da dor e destas: 72.8% referiram alívio da dor superior a 50%; 21.9% alívio da dor entre 30 a 50%; e 5.3% alívio da dor superior inferior a 30%.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificaram diferenças estatísticas entre a aplicação de crioterapia por 10, 15 ou 20 minutos no alívio da dor. • A utilização de crioterapia por 10 minutos é suficiente. • A aplicação de gelo é segura. • A aplicação de gelo por 10 ou 15 minutos é tão benéfica como a aplicação por 20 minutos • São necessários mais estudos que avaliem o tempo de analgesia decorrentes da aplicação de crioterapia de maneira a compreender a frequência da aplicação. • A aplicação de gelo não apresenta efeitos adversos e é segura na amamentação.
Nível da evidência	II

Quadro 4- Análise do artigo: Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial

Título #3	Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature
Publicação/ País	Revista escola enfermagem USP (Brasil)
Data	2013
Objetivos	Descrever a temperatura perineal após aplicação de bolsa de gelo após parto normal 10,15 e 20 minutos.
Palavras chave	Cryotherapy; perineum; postpartum period; obstetrical nursing;
Desenho	Estudo descritivo que avalia dois RCT
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres cujo a crioterapia foi aplicada por 10 minuto referiram frio e alívio da dor. • As mulheres cujo a crioterapia foi aplicada por 15 a 20 minuto referiram anestesia e adormecimento.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação de um saco de gelo por 10, 15 ou 20 minutos decresce a temperatura perineal por 10°C a 15°C, que é o intervalo recomendado para ocorrer analgesia.

	<ul style="list-style-type: none"> • É necessária mais investigação.
Nível da evidência	V

Quadro 5- Análise do artigo: Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature

Título #4	Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial
Publicação/ País	Physiotherapy (Brasil)
Data	2016
Objetivos	Verificar a eficácia da crioterapia no alívio da dor perineal em mulheres, após parto vaginal com episiotomia
Palavras chave	Pain; childbirth; perineum; postpartum; cryotherapy
Desenho	RCT
Metologia	<p>Foram selecionadas 50 puérperas e aleatoriamente divididas em dois grupos: o grupo de controlo (onde não foi utilizada crioterapia e apenas utilizado o regime analgésico previamente instituído); e o grupo experimental (onde foi realizada crioterapia na região perineal por 20 minutos para além do regime analgésico instituído).</p> <p>Foi avaliado o seu nível de dor, através da escala numérica da dor (de 0 a 10) em três momentos: a avaliação inicial, 20 minutos após e 1 hora após o início da crioterapia.</p> <p>Foi avaliada a temperatura perineal, antes da aplicação da crioterapia; 10 minutos após o início da crioterapia; 20 minutos após e 1 hora após o término da crioterapia.</p> <p>A crioterapia foi aplicada utilizando um invólucro contendo 150 g de gelo partido. Após o término da intervenção para além da avaliação da dor, as puérperas foram questionadas acerca: do conforto na utilização da crioterapia; se utilizariam novamente a crioterapia; e o seu grau de satisfação com a utilização da crioterapia.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação inicial da dor foi semelhante, tanto no grupo de controlo como no grupo experimental • No grupo experimental verificaram-se diferenças na intensidade da dor 20 minutos e 1 hora após a aplicação de crioterapia. • O grupo experimental referiu menos dor no 2.º e 3.º momento de avaliação, após a aplicação da crioterapia. • A temperatura média do períneo nas avaliações foi de: 34,5°C (com desvio padrão de 1,1 ° C) antes da aplicação da crioterapia; 20,5°C (com desvio padrão de 1,1 ° C) 10 minutos após o início da crioterapia; 23,5°C (com desvio padrão de 1,1 ° C) 20 minutos após o início da crioterapia; e 33.8° C (com desvio padrão de 0,3 ° C) 1 h após o termino da crioterapia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Quando questionadas, 96% das puérperas consideram a utilização do gelo confortável. • Quando questionadas, 96% das puérperas utilizariam novamente a crioterapia. • Quando questionadas, 88% das puérperas mostraram-se satisfeitas e 12% muito satisfeitas com a utilização da crioterapia.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A utilização de 20 minutos de crioterapia traduziu-se numa diminuição de 2,5 pontos na escala numérica da dor na segunda e terceira avaliação. • A crioterapia foi bem tolerada pelas puérperas e não traduziu efeitos adversos. • 20 minutos foram suficientes para demonstrar uma diminuição no nível de dor, apesar da ausência de consenso na literatura. • A temperatura perineal diminui 11.1°C desde o início da crioterapia, e foi suficiente para se verificar alívio da dor, corroborando o que a evidência científica prediz de que o alívio da dor ocorre quando a temperatura varia entre 10 a 15°C. • A crioterapia causou alívio da dor passados 20 minutos quando a temperatura perineal média foi de 23.4º. • Uma hora após o término da crioterapia as puérperas ainda referiam alívio da dor apesar de a temperatura perineal média ser muito semelhante ao valor inicial. • A utilização de gelo foi eficaz e por ser de baixo custo poderá ser fácil de implementar na prática clínica.
Nível da evidência	II

Quadro 6- Análise do artigo: Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial

Título #5	Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi- experimental study
Publicação/ País	Women and Birth (Brasil)
Data	2015
Objetivos	Avaliar se a analgesia perineal após utilização de crioterapia se mantém 2 horas após aplicação de gelo por 20 minutos.
Palavras chave	Cryotherapy; perineal pain; pain management; postpartum period; postnatal care.
Desenho	Estudo quase experimental.
Métodos	Foi utilizada uma amostra de 50 múltiparas com períneo íntegro ou episiotomia ou lacerações de 1.º e 2.º grau e que se encontrassem entre 6 a 24h após o parto vaginal. Foi aplicada crioterapia a mulheres que referissem dor superior a 3 (utilizando a escala numérica da dor graduada de 0 a 10) durante 20 minutos.

	Após isso, foi avaliado o nível de dor imediatamente após e 2 horas após a aplicação de crioterapia.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • O nível de dor diminui consideravelmente após a crioterapia. • Quando comparada, não se verificou aumento do nível da dor 2 horas após a crioterapia em comparação a imediatamente após. • A temperatura perineal diminui consideravelmente após a aplicação da crioterapia (de 33.2°C para 12.6°C) mas também aumentou significativamente 2 horas após a crioterapia. • Imediatamente após a aplicação de gelo, 80% das puérperas referiram redução do nível da dor em pelo menos 5 pontos na escala numérica da dor e 16% entre 3 a 5 pontos. Apenas 4% referiram alívio da dor inferior a 3 pontos. • 54% das puérperas referiram alívio da dor até 2 horas após a aplicação de gelo. • 46% das puérperas referiram alívio da dor até 1h35 minutos após a aplicação de gelo. • 78% das participantes estavam satisfeitas com a aplicação de gelo; 20% parcialmente satisfeitas e 2% insatisfeitas. • 54% das participantes consideraram a aplicação de gelo confortável e 24% consideraram desconfortável. • As participantes referiram sensações como frio, queimadura, formiguelo, incômodo, adormecimento e alívio.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação de gelo no períneo após parto vaginal, por 20 minutos, reduz a temperatura do períneo para valores recomendados para atingir efeitos analgésicos. Este efeito mantém-se até 2 h após aplicação, mesmo que após esse tempo a temperatura já tenha voltado aos valores basais. • Este estudo corrobora outros artigos que referem que a aplicação de gelo no períneo é eficaz no alívio da dor e seguro. • É necessária investigação acerca se fatores como tipo de trauma perineal, valor de dor inicial, experiências anteriores de dor estão associadas à duração de alívio da dor após aplicação de gelo. • Tendo em conta que este estudo avalia apenas a aplicação única de gelo no períneo, é necessária investigação acerca da aplicação de gelo repetidamente na cicatrização da ferida perineal. • É necessária realização de estudos qualitativos que explore em mais profundidade as opiniões e experiências das mulheres quando aplicada crioterapia.
Nível da evidência	III

Quadro 7- Análise do artigo: Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi- experimental study

Título #6	Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial
Publicação/ País	Revista brasileira ginecologia obstetrícia (Brasil)
Data	2016
Objetivos	Avaliar a eficácia da crioterapia na gestão do alívio da dor perineal e diminuição do edema pós-parto humanizado
Palavras chave	Cryotherapy; pain management; perineum; postpartum period; natural childbirth
Desenho	RCT
Métodos	Foi criado um grupo experimental onde foi aplicado um saco de gelo 6 vezes durante 20 minutos havendo um decréscimo da temperatura de 10 a 15°C seguidos de 60 min sem exposição ao frio. Ao grupo de controlo foi fornecido um saco de água sem capacidade de arrefecimento, cumprindo os mesmos requisitos do grupo experimental. Em ambos os grupos avaliou-se a temperatura; antes de aplicar o gelo/água 10 minutos após; e 20 minutos após a aplicação.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificaram diferenças entre os dois grupos em relação à dor percebida antes da intervenção, após a intervenção, presença de edema ou solicitação de medicação. • Não se verificaram reações adversas. • Com a aplicação de crioterapia a todas as puérperas no grupo experimental apresentaram um decréscimo de temperatura entre 10 a 15°C ao 10º e 20º minuto. • No grupo de controlo em nenhum momento a temperatura perineal diminui mais que 5°C em comparação ao valor inicial.
Conclusões	Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos na diminuição de dor ou edema no pós-parto nem se verificou redução da necessidade de medicação analgésica. No entanto, deve-se ressaltar que o nível de dor e edema inicial das participantes era muito reduzido, razão pela qual não se verificou diferença na dor percebida, edema ou quantidade de medicação analgésica utilizada.
Tipo e Força da evidência	II

Quadro 8- Análise do artigo: Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial

1.3.1.4- Discussão

De uma forma geral, todos os artigos foram favoráveis à aplicação de gelo no períneo como estratégia de alívio da dor.

Apenas um artigo referiu não se verificar diferença na percepção da dor antes e após aplicação de gelo (artigo 6) no entanto, conforme os autores descreveram, a sua população não apresentava um valor de dor elevado. Na população utilizada, para além de não serem selecionadas utentes sujeitas a partos instrumentados, também as parturientes sujeitas a episiotomias foram eliminadas, traduzindo –se valores de dor iniciais menores. Estas conclusões são corroboradas por Swain e Dahlen (2012) que afirmam que o nível de dor percecionado está relacionado com a gravidade do trauma e lesão perineal.

Os restantes artigos traduziram a avaliação realizada pelas puérperas como favorável à utilização do gelo como estratégia de alívio da dor perineal, verificando-se até em alguns estudos um grande decréscimo no nível de dor percebida. Para além dos artigos analisados, é recorrente na evidência científica a recomendação para a utilização de crioterapia como estratégia de alívio da dor (Dube, 2013).

Outros dados para além da eficácia do gelo como estratégia do alívio da dor, podem ser pertinentes de abordar, nomeadamente o tempo necessário de aplicação de crioterapia para que se verifique alívio da dor. East et al (2009), referem segurança e eficácia com a aplicação de crioterapia por 20 minutos, no entanto um dos artigos analisados conclui que após 20 minutos de aplicação de crioterapia, as puérperas experienciaram sensações como incómodo e anestesia. Sabendo que o intervalo de temperatura necessário para se verificar alívio da dor, através da crioterapia é um decréscimo entre 10 a 15°C, a aplicação de gelo por 10 minutos de acordo com os artigos analisados foi suficiente para atingir estes valores e pode prevenir os efeitos adversos referidos após os 20 minutos.

Um dos artigos apresentou como resultado que o alívio da dor se verificou 2 horas após a aplicação de crioterapia, informação que pode ser útil para a aplicação da crioterapia na prática clínica. Também nesta perspetiva, pode-se reconhecer interesse nas conclusões de um artigo que menciona que a forma mais recomendada para a aplicação de frio será sob forma de gelo ou pensos de gel gelados.

Algumas limitações foram identificadas na realização desta revisão. Verifica-se que a população na maioria dos artigos utilizados foi muito semelhante (população brasileira), pelo que para ampliar estes resultados é necessária mais investigação em diferentes locais e também o facto de se ter verificado um número reduzido de artigos cumprindo os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

1.3.1.5-Conclusão

De acordo com a análise realizada, a utilização de crioterapia como estratégia de alívio da dor é eficaz. Face aos dados apresentados na discussão, algumas implicações para a prática clínica se podem retirar.

No sentido de diminuir os efeitos adversos descritos pela literatura pode ser útil reduzir o tempo de aplicação de 20 minutos para 10 minutos. Isto deve-se ao facto de traduzir a mesma eficácia no alívio da dor e poder traduzir menos desconforto e efeitos adversos com a sua utilização, tais como, queimadura e a anestesia.

Também acerca do método de aplicação do frio podem-se tirar ilações: recomenda-se que se utilize pensos de gel gelados ou gelo, ao invés de aplicação direta de água fria.

A duração da analgesia com a crioterapia também é relevante para se analisar. Pelo facto de se verificar que durante duas horas o alívio da dor se mantém, será contraproducente aplicar crioterapia antes deste período, pois não se irá ter o máximo benefício, correndo-se o risco de se verificarem efeitos adversos.

Tendo tudo isto em conta, deve ser recomendada a utilização de crioterapia para alívio da dor perineal às puérperas, idealmente sob forma de pensos de gel gelados ou gelo, durante aproximadamente 10 minutos e com intervalos superiores a 2 horas.

Os principais benefícios associados a esta intervenção, prendem-se com o ganho em saúde que é o alívio da dor, o baixo custo económico da mesma, a sua fácil aplicabilidade, o facto de poder ser executado autonomamente pelos EESMOS ou pela puérpera no seu domicílio. As principais consequências estão relacionadas com o desconforto da aplicação de gelo ou a

queimadura, ambas evitáveis com a diminuição do tempo de aplicação e frequente vigilância do períneo.

2- ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Tendo concluído o Estágio de natureza profissional e consequente elaboração do relatório final, considera-se pertinente expor alguns dados relativos ao desenvolvimento dos diferentes módulos. Assim, encontram-se em seguida, agregados de uma forma geral os dados de todas as grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos a quem foram prestados cuidados. Estes dados permitem caracterizar o estágio e auxiliam à correta compreensão de algumas afirmações, intervenções e opções realizadas ao longo do estágio profissionalizante, descritas no presente relatório. Como se pode observar, a taxa de fatores de risco foi superior nos estágios de gravidez com complicações e trabalho de parto e parto, justificando o facto de muitas intervenções realizadas e descrição das mesmas se focarem no âmbito da patologia. Poder-se-ia pensar que sendo o intuito do EESMO focalizar no parto dito normal e fisiológico, que as experiências ficaram aquém do recomendado. No entanto, verificou-se como um desafio e uma boa aprendizagem, a tentativa de, na presença da patologia adequar intervenções, e, garantindo a segurança da grávida/parturiente/feto, tentar promover o parto normal e o empoderamento da mulher. Para além deste desafio, também a aprendizagem acerca da patologia e da sua gestão é de um grande acréscimo para o processo formativo.

Assim, a realização deste estágio profissionalizante permitiu não só a possibilidade de presenciar um grande número de experiências (superior às necessárias para a aquisição do título) mas também um grande número do tipo de experiências que foi possível vivenciar, revelando a grande abrangência de conhecimentos, procedimentos e áreas de intervenção que o EESMO deve ter para que os seus cuidados sejam seguros. A par disto a aprendizagem acerca do impacto e autonomia do EESMO, foram de extrema importância, para que, tendo por base este conhecimento e compreendendo a responsabilidade que daí advém, os cuidados possam ser interpretados como positivos nesta vivência ímpar que é a gravidez, trabalho de parto, nascimento e pós-parto.

Como se pode observar através da figura 1, foram prestados cuidados a 181 grávidas, sendo 84 de risco. Também nas parturientes se pode constatar, que foram prestados cuidados a 82 parturientes, sendo que 40 de risco.

Considerou-se também importante compreender o tipo de trauma perineal ao longo do estágio, concluindo-se que apenas foram executadas 10 de episiotomias. Os restantes dados poderão ser observados na figura 1.

Por fim, pode-se verificar que em termos de puérperas e recém-nascidos, apenas 17 dos 173 dos recém-nascidos apresentaram algum fator de risco e apenas 58 das 191 puérperas apresentaram algum fator de risco.

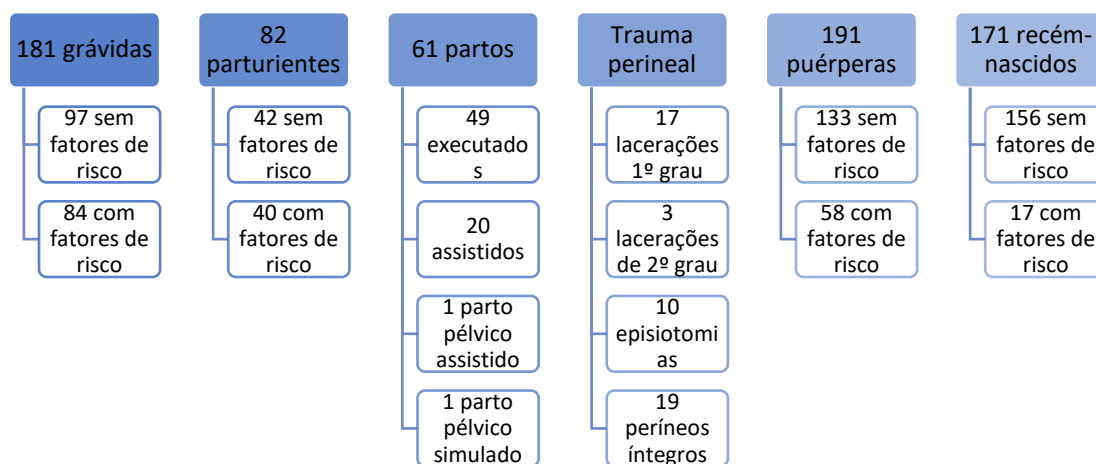


Figura 1- Resumo das experiências de estágio

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente relatório pode-se compreender a importância do processo formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O contacto com as grávidas, parturientes, puérperas, recém-nascidos e família, e os cuidados a eles prestados, foram essenciais para a aquisição e o desenvolvimento de competências para o desempenho das funções de EESMO. A reflexão acerca da prática clínica inerente ao processo de elaboração do presente relatório, bem como a busca pela melhor evidência científica nas intervenções desempenhadas, foram cruciais para prestar cuidados de qualidade.

A elaboração da revisão integrativa da literatura também traduziu importantes aprendizagens. Permitiu, por um lado adquirir mais conhecimento acerca de uma área importante para a prática clínica (a dor perineal no pós-parto), procurando estratégias eficazes para a diminuir (crioterapia). Por outro lado, desenvolveram-se mais competências no âmbito da prática baseada na evidência, auxiliando a que no futuro as práticas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia sejam cada vez mais resultado da evidência científica, uniformizadas, e tendo sempre em conta como benefício último a grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido e família.

Com o término da elaboração do relatório se dá por terminada a realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e consequentemente maior proximidade à atribuição do título de EESMO. Reforça-se a importância da elaboração do mesmo para a aquisição de competências que serão essenciais ao correto desempenho da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, podendo assim influenciar positivamente o contexto da prática clínica e traduzir maiores ganhos em saúde. Pretende-se, em última instância que estas competências sejam úteis para que se possa verificar, por parte das utentes, uma vivência da gravidez, do parto e do pós-parto de uma forma segura, e interpretada e vivida como uma experiência positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNACOLOGISTS. Approaches to limit intervention during labor and birth. Comitee opinion 687. Fevereiro 2017.

AMERICAN PEDIATRICS ASSOCIATION e AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Guidelines for Perinatal care*. [em linha] 7ª edição, 2012 [consultado em 1 maio 2018] disponível em: http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Guidelines_for_Perinatal_Care.pdf.

AAP TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016; volume 138, número 5, pp. 1-12.

ALFIREVIC, Z. et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technology assessment*. 2016, vol 20, número 65. DOI 10.3310/hta20650

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS E ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. Ordem dos enfermeiros, 2012.

AYRES DE CAMPOS, D. et al. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015, vol 131, pp. 13-24.

BARLOW, J. HAINSWORTH, J. THORNTON, S. An exploratory, descriptive study of women's experiences of hospital admission during pre-term labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2007, vol. 86, pp. 429-434.

BECKMANN, C. et al. *Obstetrics and Gynecology*. 6ª edição. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. ISBN 978-0-7817-8807-6

BELEZA, A. et al. Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy; a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy*. 2016, vol 103, pp. 453-458.

BERENS,P.. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. *upToDate* [em linha]. Fevereiro 2018. [consultado a 7 março de 2018] disponível em https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal-care?search=OVERVIEW%20OF%20THE%20POSTPARTUM&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

BERGUELLA, V.. Cesarean delivery: postoperative issues. Uptodate [em linha]. Julho 2018 [consultado a 15 julho de 2018] disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cesarean-deliverypostoperativeissues?search=C%20SECTION&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3.

BIGELOW, C. STONE, J. Bed rest in pregnancy. *Mount sinai journal of medicine*. 2011, vol. 78, pp291–302.

CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH. Optimal In-Hospital Umbilical Cord Care for Newborns: Clinical Evidence and Guidelines. 2013

CANAVARRO, M.C.. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora. 2001.

CARDOSO, A.. *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais- estudo sobre avaliação das competências parentais*. Novas edições académicas. 2015

CARROLI, G.; MIGNINI, L.. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, vol. 1, número CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

CUBAL, A. PEREIRA, S. Preterm labor: screening and prevention. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2014, vol. 8, número 3, pp.276-282.

DECRETO-LEI n.º 9/2009. D.R. / série. N.º 44 (04-03-09), pp. 1466-1530.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Circular Normativa nº 001/2010 de Set., 2010.

DUBE, J. Effect of application of ice in episiotomy. *Asian J. Nursing Edu. and Research*. 2013, vol. 3, número 4, pp. 207-210.

EAST, C. B. et al . Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth (Review). *The Cochrane Library*. 2009, vol. 4, número CD006304. DOI: 10.1002/14651858.CD006304.pub2.

EAST, C. et al. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery* .2012, vol. 28, pp 93-97.

EMEIS, C. Current Resources for Evidence-Based Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2012, volume 57, número 2, pp. 196-200.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO – *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. Porto: s.n.,2010.

EURO-PERISTAT PROJECT, European perinatal health report. 2014.

EURO-PERISTAT PROJECT, European perinatal health report. 2010.

FAHEY, J. Best practices in management os postpartum pain. *Journal of Perinatal and Neonatal Nurses*. Abril-junho 2017, vol. 31, número 2, pp.126-136

FRANCISCO, A. et al. Criotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature. *Revista escola enfermagem USP*. 2013, vol. 47, pp. 554-560.

FUNAI, E.. Management of normal labor and delivery. upTodate [em linha]. Março 2018. [consultado a 1 maio 2018] disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-ofnormallaboranddelivery?search=labor&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. *Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa*. Belo Horizonte, 2014.

GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. *Obstetrics and Gynecology*. 2002, vol. 100, número 5, parte 1, pp. 1020-1037.

HALPERN, S.; CARVALHO, B.. Patient-Controlled Epidural Analgesia for Labor. *Anesthesia & Analgesia*. 2009, vol. 108, pp. 921-928.

HAMILTON, C.. Using the Valsalva technique during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*. February 2016, vol 24, número 2, pp. 90-94.

HOCKENBERRY, M.; WILSON D..- *Wong-enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1.

IMDAD, A. et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Vol. 5, número CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

INTERNACIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION - *Manual Prático para consultores de lactação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-59-2.

KOBAYASHI,S. et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, vol. 4, número CD011516. DOI: 10.1002/14651858.CD011516.pub2

MANGANESI, L.; DOWNSWELL, T.. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev*.. 2010, vol. número CD006946. doi:10.1002/14651858.CD006946.pub2.

MALONI, J. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2011, vol. 6, número 4, pp. 385–393. doi:10.1586/eog.11.28.

MCKEE-GARRETT, T.. Overview of the routine management of healthy newborn infant. *upTodate* [em linha]. Janeiro2018/Fevereiro 2018. [consultado a 7 março 2018] disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborninfant?search=OVERVIEW%20OF%20THE%20routine%20management%20of%20h>

ealhy%20newnorn%20infant&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

MENDES DA GRAÇA, L.. *Medicina Materno-Fetal*. 2ª ed. Lisboa: LIDEL. 2000.

MILTON, S.. Normal labor and delivery: Practice Essentials, Definition, Stages of Labor and Epidemiology. *Medscape* [em linha]. Novembro de 2016 [consultado a 1 maio 2018] disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/260036-overview>

MONTENEGRO, C..; REZENDE FILHO, J.. - *Obstetrícia fundamental*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN 978-85-277-1350-3.

MORAIS, I. et al. Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial. *Revista brasileira ginecologia e obstetrícia*. 2016, vol. 38, pp. 325-332.

MULLANY, L. et al. Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time: A Cluster-Randomized Trial. *Pediatrics*. 2013, volume 131, número 4 ,pp.708-715.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELENCE. Intrapartum care for healthy women and babies. 2017. (CG190).

NAVNEET, K. et al. Effectiveness of warm compression on breast engorgement among postnatal mothers. *BFUNJ*. 2015, vol.8, número 1, pp 45-51.

LAWRENCE, Annemarie et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015, volume 2, número CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub2.

LEAL, I.. *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de século. 2005.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusodidacta, 2009.

LUÍS, S.. *Boas Práticas nos cuidados ao coto umbilical: Um estudo de revisão*. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Tese de mestrado

OLIVEIRA, S. et al. Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth; a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*. Fevereiro 2012, vol 21, pp. 3382-3391.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Country guidance for umbilical cord care- implementing the world health organization's revised recommendations on cord care. 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. 2007. ISBN 92 4 154587 9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Pocket book of hospital care for mothers*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. 2017. ISBN 978-92-9022-498-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. 3ª edição. 2015. ISBN 978 92 4 154935 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.

PAIVA, C. et al. Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi experimental study. *Women and Birth*. 2015, vol. 29, pp. 117-122.

QUEENSLAND CLINICAL GUIDELINES. Inducing labour. Março 2017. MN17.22-V6-R22

RANI, J.; SHARMA, D.; SEHGAL, A.. Role of partogram in high risk pregnancies: an experience at a tertiary centre. *Arch Gynecol Obstet*. 2015, vol. 291, pp. 73–78.

ROSS, M et al. Preterm Labor: Practice Essentials, Overview, Risk of Preterm Labor. *Medscape* [em linha]. Setembro 2017. pp.1-18 [consultado a 2017-10-14]. Disponível em <https://emedicine.medscape.com/article/260998-overview#a2>

SATIN, A.. Latent phase of labor. upToDate [em linha]. Março 2018. [consultado a 1 maio 2018] disponível em: https://www.uptodate.com/contents/latent-phase-of-labor?search=labor&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

SENTILLES, L. et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017, vol. 210, pp. 217–224.

SILVA LOPES, K. et al. Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, vol. 3, n CD012031. DOI: 10.1002/14651858.CD012031.pub2.

SIMAS, F. et al. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 2013, vol 15, pp 19-34.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. Induction of labour: Review. *J Obstet Gynaecol Can*. Setembro 2015, vol 3, número 4, pp. 380–381.

SOSA, CG, ALTHABE, F. BELIZÁN, JM. BERGEL, E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, vol.3, número CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub3..

SOUSA, L. et al. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012, vol. 46, número 2, pp.472-479.

SWAIN, J.; DAHLEN, H.G.. Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain. *Women and Birth*. 2013, vol. 65, pp. 65-79.

STILLWELL, S. et al. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *American journal of nursing*. 2010, vol. 110, número 5, pp. 41-47.